ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Soc. d'Imp. Paul Dupont, Paris, 4, rue du Bouloi.

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. **ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE**

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Avec la collaboration de

MM. les Drs AYSAGUER, H. CHATELLIER, GELLÉ, MÉNIÈRE, LŒWENBERG CUVILLIER, J.-B. MARTY, MOUNIER et GARNAULT (de Paris), GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon; A. JOLY (de Lyon), VACHER (d'Orléans), LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des Hôpitaux de Lyon, DUGARDIN (du Havre), COUETOUX (Nantes), HAMON DU FOUGERAY, (le Mans), SÉNAC-LAGRANGE (de Cauterets), AIGRE (Boulogne-sur-Mer), F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), LICHTWITZ (Bordeaux), DELSTANCHE et CAPART (de Bruxelles), SCHIFFERS (de Liège), E. WOAKES et MORELL-MACKENZIE (de Londres), T. HERYNG (de Varsovie), POLITZER, SCHRŒTTER et CHIARI (de Vienne), LABUS (de Milan), SZENES (Budapest), SOLIS-COHEN (de Philadelphie), CL. BLAKE et F. HOOPER (de Boston). ZAUFAL (Prague), COZZOLINO (de Naples), LANGE (de Copenhague), P. KOCH (de Luxembourg et Nancy), LUBLINSKI (de Berlin), OUSPENSKI (de Moscou), LENNOX BROWNE (de Londres), JACOBSON (de Berlin), BRYSON DELAVAN (de New-York), RANDALL et SAJOUS Philadelphie), H. STŒSSEL (de Vienne), G. GRADENIGO (Turin), A.-J. BEEHAG (Sidney), STRAZZA (Gênes), FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), LAURENT (de Bruxelles), C. M. DESVERNINE (la Havane).

Et avec le concours de

MM. les Professeurs VERNEUIL, DUPLAY, TILLAUX, Drs DE SAINT-GERMAIN, TERRIER, BERGER, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HORTELOUP, HUMBERT, RICHELOT, TERRILLON, RECLUS et PICQUÉ, chirurgiens des hôpitaux de Paris; Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, Drs C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ, OLLIVIER, J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, NETTER et LERMOYEZ, médecins des hôpitaux de Paris; J. TEISSIER, profr à la Faculté de Lyon; COYNE et MASSE, profrs à la Faculté de Bordeaux; Drs CASTEX, ex-prosecteur de la Faculté de Paris; LEVAL, HISCHMANN, R. LEUDET, PLICQUE, P. LE NOIR, P. TISSIER et GLOVER, ex-internes des hôpitaux de Paris; ROGUES DE FURSAC, REBLAUB, GASTOU, DUDEFROY, MENDEL et Mlle M. WILBOUSCHEWITCH, internes des hôpitaux de Paris.

TOME XVII. — 1891.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET Cie

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

Annonces : VIELLARD D'ORGEVILLE, 21 *bis*, boulevard de Port-Royal.

1891

Janvier 1891. — N° 1.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

UNE GUÉRISON RADICALE DE LA PHTISIE DU LARYNX PEUT-ELLE ÊTRE OBTENUE PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ENDOLARYNGÉ ?

RÉDIGÉ D'APRÈS UNE CONFÉRENCE FAITE A LA SECTION LARYNGOLOGIQUE DU Xe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL LE 7 AOUT 1890

Par le Dr Th. HERYNG (de Varsovie).

Messieurs ! le sujet que je désire traiter aujourd'hui devant vous a été posé avec intention sous la forme d'une question. Pour prévenir les malentendus, je dois déclarer dès le début que malgré la complication presque constante de la phtisie du larynx et de la phtisie pulmonaire, je veux ici uniquement aborder la question de savoir si l'ulcération et l'infiltration tuberculeuse du larynx peuvent être guéries radicalement par des procédés chirurgicaux, et si, outre les preuves cliniques fournies depuis un certain temps, nous pouvons prouver à l'aide de préparations anatoniques et microscopiques la possibilité d'une guérison radicale du larynx.

Cette question doit être posée clairement pour anéantir

l'objection possible qu'à l'aide d'un traitement chirurgical énergique, on peut obtenir non seulement une guérison complète de la phtisie laryngée, mais en même temps de la phtisie pulmonaire concomitante. Comme je l'ai mentionné dans des conférences précédentes, pour traiter avec succès la phtisie combinée du larynx et des poumons, il faut avoir égard à l'état général du malade, à sa nutrition et à ses forces, car le pronostic est toujours décidé par l'affection des poumons, excepté les cas compliqués des symptômes d'une menaçante sténose. La phtisie laryngée apparaît parfois d'abord dans le larynx ; elle peut être précédée par des symptômes insignifiants ou déguisés de la part des poumons, qui parfois peuvent se développer tardivement.

En présence d'une maladie qui il y a dix ans était généralement déclarée comme absolument incurable et contre laquelle chaque traitement énergique a été blâmé par des autorités de premier rang comme nuisible, c'était une entreprise bien hardie de vouloir proposer et mener à bonne fin une méthode chirurgicale. Grace aux travaux de Maurice Schmidt de Francfort, qui enleva tout fondement à cette pernicieuse doctrine, grâce aux observations consciencieuses de Krause et d'autres, des preuves évidentes de sa nullité furent fournies, et une thérapeutique énergique, rationnelle, gagna du terrain et trouva de nombreux partisans. Nous pouvons aujourd'hui avec une joie sincère considérer la doctrine pernicieuse de l'incurabilité de la phtisie du larynx comme rayée de la pathologie moderne. Il a fallu, pour parler avec Krause, des efforts énergiques, des luttes opiniâtres et la coopération d'un grand nombre de confrères pour préparer un terrain fécond au curettement des ulcérations tuberculeuses du larynx. Néanmoins avouons que les résultats de la thérapeutique énergique ne permettent pas non plus de nous livrer à des espérances exaltées, car malgré l'acide lactique et le curettement, la plus grande partie des malades atteints de la phtisie du larynx restent incurables ; des récidives menacent l'existence de ceux qui semblaient guéris, et même nos meilleurs résultats n'excluent pas la possibilité d'un dénouement funeste. Nous devons malgré cela lutter contre cette maladie

autant que possible pour alléger les souffrances, prolonger l'existence, aboutir à la guérison du larynx et au rétablissement de ses fonctions.

Pénétrés du sentiment de cette nécessité, nous devons tout essayer, employer toute notre énergie pour accomplir notre devoir, pour soulager les malades tourmentés, ne pas se laisser déconcerter et ne dévier en rien de ce chemin une fois tracé. Malgré l'opinion contraire de quelques confrères tenant à la routine avec entêtement, nous pouvons atteindre ce but, et je m'efforcerai de vous soumettre, Messieurs, les preuves qui m'ont décidé à proposer un traitement chirurgical de la phtisie laryngée. Depuis la publication de mon premier travail sur le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx quatre années se sont écoulées. Quoique ce temps puisse sembler trop court pour se prononcer définitivement sur sa valeur, surtout quand il s'agit de déterminer la persistance des guérisons, il suffit cependant pour nous éclairer sur deux points: si ma méthode est rationnelle et exécutable sous le rapport technique, et si, en comparaison avec la thérapeutique autrefois employée, elle peut offrir des résultats réels, prouvés par des observations cliniques et anatomo-pathologiques. Sa valeur doit donc être jugée d'abord par mes collègues qui disposent d'expériences personnelles. Grâce à l'aimable prévenance d'un certain nombre de collègues qui m'ont communiqué leurs observations et confié leur casuistique, je serai en état, Messieurs, de vous faire part, sous peu, non seulement de mes opinions personnelles, mais aussi de celles d'un certain nombre de spécialistes distingués.

Vu les matériaux relativement insuffisants, ne comportant que 300 cas à peu près, j'ai jugé à propos de m'adresser aux plus éminents représentants de notre spécialité et de leur demander la communication de leurs expériences. Pour répondre avec exactitude à la question que j'ai l'intention d'examiner, il me faut, Messieurs, vous rendre compte du sort ultérieur des malades dont l'histoire a été présentée à l'assemblée des naturalistes en 1886 à Berlin, sous forme de tableaux synoptiques, et publiée une année plus tard dans un

travail ultérieur plus étendu. Je commence par un compte rendu abrégé des observations que j'ai publiées antérieurement.

Sur 28 malades décrits dans mon travail de 1887, 12 ont succombé; le sort de dix malades m'est inconnu, les 6 autres sont sous observation, mais il y en a trois dont je n'ai pas eu de nouvelles depuis une année. De plus, il faut mentionner que, parmi les défunts, il y a deux malades sans récidive dans le larynx, dont l'un a succombé à la phtisie pulmonaire et l'autre par le suicide; chez un troisième, il n'y a pas eu de récidive jusqu'en 1889. Chez les malades qui ont succombé, la guérison a persisté : chez l'un 11, chez le second 25 et chez un troisième 40 mois, tandis que trois malades sont, en ce qui concerne le larynx, jusqu'à présent dans un état satisfaisant.

Depuis l'année 1887 jusqu'au 1er juillet 1890, j'ai eu l'occasion d'observer 482 malades atteints de phtisie du larynx, mais je ne rendrai compte que des cas dans lesquels le traitement a duré au moins quatre à six semaines. Sur ces 482 malades, 37 furent traités par curettement et 52 principalement par l'acide lactique.

L'acide lactique fut employé dans les ulcérations tuberculeuses superficielles ou peu profondes des cordes vocales supérieures ou inférieures; de plus, dans des ulcérations lenticulaires peu étendues de l'épiglotte plus ou moins infiltrée, enfin dans des ulcérations couvertes de granulations molles et circonscrites de la partie postérieure du larynx. Dans 15 cas, on obtint par son emploi une cicatrisation complète qui put être contrôlée pendant au moins trois mois. Je dispose depuis 1886 jusqu'en juillet 1890 de 53 cas traités par curettement, et je place dans cette catégorie les formes les plus graves, telles que les infiltrations diffuses de l'épiglotte, des ligaments latéraux (Lig. ary. épiglot.) de la paroi postérieure du larynx, les affections des cartilages, enfin des formes menaçantes de sténose. La plupart de ces malades étaient atteints d'affections destructives à un haut degré de l'un ou des deux poumons, ils avaient maigri et souffraient d'une dysphagie très prononcée et d'une aphonie presque complète.

Chez quelques-uns, j'ai constaté dans les poumons des infiltrations circonscrites avec disposition à l'hyperplasie, et leur état général était plus satisfaisant. Le diagnostic fut assuré dans tous ces cas par des recherches microscopiques, par la présence des bacilles dans les crachats ou dans les fragments de tissu enlevés par la curette.

Chez 32 malades, on obtint une cicatrisation plus ou moins durable des ulcérations et une guérison partielle chez 5. Comme plusieurs de ces malades ne sont plus sous observation, ces chiffres ne peuvent pas être donnés comme absolus : il est probable qu'une partie des malades, atteints de graves affections pulmonaires, sont morts ; chez d'autres, la guérison du larynx persista, tandis que l'affection pulmonaire progressait ; le plus petit nombre de malades ne vinrent plus, parce qu'ils se sentaient bien et se considéraient comme guéris. Voilà, Messieurs, les résultats obtenus pour lesquels je ne puis donner aucune garantie, mais qui peuvent être considérés comme très encourageants.

Avant de venir au sujet principal de cette conférence, je vous nommerai ceux des collègues qui ont essayé eux-mêmes de ma méthode et qui eurent l'obligeance de me communiquer par écrit le résultat de leurs expériences personnelles. A ma connaissance, des publications sur le traitement chirurgical de la phtisie du larynx ont paru par : *Krause*, *Schmidt*, *Keimer*, *Oltuszewski*, *Wróblewski*, *Lublinski*, *Przedborski*, *Gleitsmann*, *Beschorner*, *Onodi*, *Pieniazek*, *Rosenberg*, *Luc*, *Strubing*, *Gouguenheim*, *Jonquière*, *Neumann*, *Michelson*, *Sokolowski*, *Gottstein*, *Symonds*, *Bronner*, *E. Fränkel*, *Schäffer*. De plus, d'après des communications particulières, la méthode a été employée par : *Tornwaldt*, *Hajek*, *Schech*, *Chiari*, *Schrötter*, *Ruault*, *Masucci*, *Lubliner*, *Schlesinger*, *Labus*, *Friedländer*, *Schnitzler*, *Kuttner*, *Hirschberg*.

Le traitement chirurgical a donc été pratiqué par plus de 38 collègues, et cela non seulement dans la phtisie du larynx, mais aussi dans la tuberculose du pharynx et dans celle de la membrane muqueuse nasale. La clinique de Krause a fourni le plus de matériaux, ensuite Maurice Schmidt, enfin

ma clientèle particulière et celle de l'hôpital Saint-Roch. Les collègues français et italiens ont, comme je l'ai remarqué personnellement, une certaine crainte des entreprises chirurgicales dans la phtisie du larynx. L'opinion qu'ont exprimée plusieurs des collègues susnommés sur le traitement chirurgical de la phtisie laryngée m'a beaucoup satisfait.

Les comptes rendus originaux seront publiés plus tard. Deux confrères distingués ont fait des objections par lettre à ma méthode, à savoir : le professeur Schech (de Munich) et le professeur Schrötter (de Vienne). Le premier, après s'être plaint des récidives observées après le curettement, s'exprime textuellement ainsi : « Je n'en considère pas moins le traitement chirurgical comme absolument fondé, mais je crois qu'il est techniquement aussi difficile de distinguer les parties infiltrées des parties saines que dans le cancer du larynx les parties atteintes de leur entourage normal. Dans les infiltrations tuberculeuses de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, la méthode susdite n'a pas été efficace. » En parlant de la technique du procédé, telle que je l'exerce maintenant, je serai en état, Messieurs, de vous prouver par des observations et des préparations microscopiques que, même en présence des infiltrations tuberculeuses de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, ma méthode donne des résultats relativement satisfaisants.

Voici ce que dit le professeur Schrötter :

« Dans les infiltrations considérables de la partie postérieure du larynx, j'ai employé souvent le galvanocautère soit par attouchement, soit par piqûres, et j'en ai obtenu parfois de bons résultats. Je les ai fait suivre parfois de badigeonnement à l'acide lactique. Comme dans la tuberculose, je redoute toutes les opérations chirurgicales, si elles ne peuvent être radicales, je n'ai, par conséquent, essayé le curettement que dans quelques cas, trop peu pour oser m'exprimer là-dessus d'une façon décisive. » La lettre porte la date du 18 avril 1890. Son analyse suivra ultérieurement, mais je dois avouer que c'est cette lettre qui m'a décidé à revenir encore une fois sur la question de savoir si, dans la phtisie

laryngée, une guérison radicale des ulcérations peut être obtenue ; de plus, si l'infiltration tuberculeuse (et c'est là le point culminant de la question) peut aboutir à la résorption, c'est-à-dire à une guérison complète et radicale. Il ne s'agit pas ici ni de savoir combien de fois cela a lieu, ni de la durée de la guérison, ni des récidives et de leur fréquence, soit dans les parties avoisinantes, soit à la place même, mais si cela peut être prouvé anatomiquement et histologiquement. En fournissant ces preuves, on ne pourra contester le fondement de cette méthode. Je veux essayer, Messieurs, de vous convaincre en vous présentant d'abord une malade guérie depuis quatre ans par le traitement chirurgical d'une grave phtisie destructive du larynx et dont l'histoire a été publiée sous l'observation 36 dans mon travail cité plus haut. Dans la moitié gauche du larynx, vous voyez une perte de substance sur l'épiglotte et des cicatrices considérables dans le voisinage du ligament glosso-épiglotte gauche et de la corde vocale supérieure gauche. Ce cas prouve évidemment la possibilité d'une guérison persistante d'ulcérations profondes et d'infiltrations de l'épiglotte, des cordes vocales supérieures, des ligaments ary-épiglottiques et de la paroi postérieure du larynx ; malgré l'amélioration notable de l'état des poumons et de l'état général, malgré l'absence de bacilles dans les expectorations, ce cas ne peut être considéré comme guérison radicale. La voix est claire et forte, la toux a presque disparu, la malade a bonne mine. Cette femme vit dans des conditions matérielles tout à fait mauvaises, et malgré cela elle s'est rétablie. Une légère récidive pendant l'hiver dernier sur la paroi postérieure du larynx a été éloignée à l'aide du curettement. Si maintenant vous me demandez : cette femme représente-t-elle un de ces cas de guérison spontanée dont j'ai si souvent parlé, ou doit-elle la prolongation de son existence à l'énergique évidement des infiltrations accessibles et par conséquent à l'éloignement de la dysphagie qui les entretenait, et qui conduirait à la dénutrition et à une aggravation de l'affection pulmonaire, je vous répondrai : Veuillez juger vous-même, après avoir examiné les cicatrices dans le larynx et entendu la voix de la

malade. Quand vous l'aurez interrogée sur son état il y a quatre ans, vous jugerez s'il m'est permis de ranger ce cas au nombre des affections graves dont le cours est ordinairement léthal. Cette malade a été examinée pendant son traitement par un grand nombre de mes collègues de Varsovie dont vous trouverez les noms dans l'histoire de la maladie. Après la cicatrisation qui persiste depuis trois ans, elle a été présentée à la Société médicale de Varsovie en 1890.

Mme Goldschall (de Varsovie), âgée de 48 ans, fut traitée en février 1886 pour la phtisie du larynx; elle a souffert deux fois d'hémoptysie, la première fois en 1884, la seconde en 1886. La nutrition de la malade était assez satisfaisante, elle n'avait pas de fièvre. Au premier examen, on trouva une infiltration tuberculeuse de l'épiglotte et une infiltration très prononcée du cartilage aryténoïde. Dans les poumons, j'ai constaté : respiration bronchiale sous la clavicule droite et sous l'omoplate gauche, accompagnée d'une matité pendant la percussion.

La malade fut traitée avec l'acide lactique, et on obtint une amélioration considérable. Malgré cela, en novembre 1886, il se produisit des ulcérations sur la face latérale du cartilage aryténoïde gauche, ainsi que du ligament ary-épiglottique gauche. Bientôt on constate un épaississement de la corde vocale supérieure gauche, avec infiltration tuberculeuse et en même temps une ulcération cratériforme dans le voisinage du ligament glosso-épiglottique gauche, qui allait jusqu'au ventricule de Morgagni. Le 9 novembre, les ulcérations furent traitées avec la curette, et peu après, en décembre, cautérisées à l'acide chromique; mais je n'obtins pas une amélioration suffisante. Au commencement de février, j'employais pour la cautérisation le chlorure de zinc fondu dans une sonde d'argent. Il se forma une épaisse croûte blanche qui tomba au bout d'une semaine, et l'ulcération commença à se cicatriser rapidement. Voici l'état du larynx le 7 mai : dans la moitié gauche de l'épiglotte, près du ligament ary-épiglottique latéral gauche, se trouve une tumeur irrégulière de la grosseur d'un pois couverte de végétations abondantes. Je trouvai outre cela une hypertrophie diffuse de la corde vocale supérieure gauche qui couvrait en partie la corde vocale inférieure et une infiltration du cartilage de Santorini. L'état des poumons et des forces était amélioré. La malade n'a

pas de fièvre, avale sans douleur ; la voix était assez claire. Le 20 juin, j'ai fait des injections d'iodoforme, chacune de trois gouttes dans le ligament ary-épiglottique et la corde vocale supérieure gauche, sans réaction remarquable. Ces injections furent répétées le 1er juillet de cette année. Au bout de cinq semaines, l'ulcération de la corde vocale supérieure gauche diminue ; lors de la phonation le bord de la corde vocale inférieure devient visible, les granulations s'atrophient, une partie s'est changée en cicatrices rouges ; en un mot, la cicatrisation est de plus en plus évidente. La malade peut avaler sans douleur, ne tousse pas et a bonne mine. Aujourd'hui l'examen du larynx nous montre l'épiglotte à droite, normale ; à gauche, dans le voisinage du ligament glosso-épiglottique gauche, une perte de substance et une cicatrice prononcée qui offre l'aspect d'un repli jaune pâle de quelques millimètres d'épaisseur. La corde vocale supérieure, au-dessous, qui a été curettée plusieurs fois, a l'aspect d'un bourrelet rouge pâle à gros grains et présente cet aspect invariable depuis trois ans. La moitié droite du larynx est normale, il n'y a pas d'infiltrations sur la paroi postérieure du larynx, et les cartilages de Santorini n'ont pas changé. Dans les poumons, nous trouvons à droite, en haut sur le devant, respiration difficile à percevoir ; à gauche, en haut sur le devant, respiration bronchique, de même dans la fosse sus-épineuse gauche. Les expectorations examinées il y a huit jours par les Drs Mayzel et Lubliner ne contenaient point de bacilles.

J'essayerai maintenant, Messieurs, de vous fournir une preuve anatomique d'une totale guérison de la phtisie du larynx ; elle m'est parvenue par un heureux hasard et concerne une femme dont j'ai publié, en 1887, l'histoire de la maladie sous l'observation n° 23.

Mme Z..., de Varsovie, âgée de 38 ans, mariée, s'est présentée pour la première fois chez moi en avril 1886 en se plaignant d'un enrouement persistant et de difficulté de déglutition. La malade prétendait avoir beaucoup maigri, était anémique, de frêle apparence ; elle avait parfois craché du sang et toussait depuis quatre ans. Il n'y avait pas d'hérédité ; elle se plaignait de fièvre, de frissons, de sueurs abondantes, manquait de forces et d'appétit. Je trouvai dans les deux sommets des poumons des infiltrations tuberculeuses, plus prononcées dans le poumon

gauche. Les expectorations contenaient un petit nombre de bacilles (constatés par le Dr Mayzel). Dans le larynx, il y avait une infiltration diffuse et un épaississement considérable de l'épiglotte, qui avait l'épaisseur d'un doigt et s'inclinait si fort vers le bas qu'elle couvrait quelque peu les parties inférieures. Outre cela, je trouvai une ulcération étendue de la corde vocale supérieure droite, de la paroi postérieure du larynx et un gonflement du ligament ary-épiglottique droit. La malade avait pendant l'examen de violents accès d'étouffement, était très sensible et toussait beaucoup. Pour diminuer la difficulté de déglutition, je dus enduire le larynx de cocaïne. Pendant cette manipulation, il m'arriva un accident tout à fait imprévu et désagréable. Le pinceau se trouvait encore dans le larynx, quand la malade, craintive, se rejeta rapidement en arrière, ce qui causa une déchirure de l'épiglotte infiltrée. La douleur était légère, l'hémorrhagie nulle ; cependant je ne trouvais pas, le lendemain, la blessure de l'épiglotte cicatrisée, et il resta une fente triangulaire d'environ 5 millimètres entre les deux moitiés. Au bout de quelques semaines, les douleurs disparurent, l'ulcération de la paroi postérieure du larynx se changea en cicatrisation, mais celles de la corde vocale supérieure droite se couvrirent de granulations confluentes et ne voulaient pas guérir. Elles furent éloignées par la curette. Il se forma une cicatrice ferme, la corde vocale droite devint visible et fut trouvée normale. L'épiglotte s'amincit et se cicatrisa très bien. L'état des poumons et des forces, ainsi que l'appétit, s'améliorèrent rapidement.

La malade devint enceinte, ses couches se passèrent bien, sans récidive du côté du larynx, mais l'affection pulmonaire progressait. En 1888, elle avorta, mais néanmoins elle n'eût point de fièvre ; sa nutrition et ses forces étaient satisfaisantes.

Elle parlait et chantait même d'une voix tout à fait claire, et fut examinée par beaucoup de collègues, l'an dernier, à la Société médicale de Varsovie. On constata que l'épiglotte était séparée en deux moitiés par un épais repli cicatriciel. Il n'en reste que deux petites plaques entaillées ressemblant à deux plaques ligamenteuses, dont celle de droite était plus petite, comme vous pouvez vous convaincre sur la préparation démontrée. Toutes les autres parties étaient normales, nulle part il n'y avait ni infiltrations ni ulcérations. La corde vocale supérieure droite était quelque peu jaunâtre et cicatrisée, la paroi postérieure lisse, pas d'infiltrations sur le cartilage droit de Santorini. Les cordes vocales

inférieures pâles, à bords nets, se touchaient parfaitement. Dans les poumons, on constata alors dans le sommet droit une respiration bronchique; à gauche, respiration rude, sans râles. Les expectorations ne contenaient pas de fibres élastiques, mais par contre de rares bacilles.

Cette année, l'affection pulmonaire commença en hiver à faire des progrès. La fièvre survint, puis une diarrhée chronique, et le 12 juin de cette année la malade succomba. J'ai réussi à obtenir le larynx et je vous en soumets la préparation. Elle a été examinée par le professeur Virchow, qui a constaté une cicatrisation complète.

La préparation que vous venez d'examiner, Messieurs, est pour moi une preuve que *même les cas les plus graves de phtisie du larynx* qui se déclarent avec une infiltration totale et considérable de l'épiglotte et qui étaient accompagnés, comme dans le cas qui nous occupe, d'infiltration tuberculeuse de la corde vocale supérieure, des cartilages de Santorini et de profondes ulcérations de la partie postérieure du larynx, peuvent néanmoins être guéris, et, *comme on le voit par les cicatrices, guérir complètement pour quelques années sans récidive, malgré la progression simultanée de la phtisie pulmonaire*. Non seulement la voix, mais la faculté de chanter se sont retrouvées, et seules les cicatrices, à la place de l'épiglotte, montrent combien

l'affection était destructive et quels ravages elle aurait exercés si l'on n'en avait arrêté énergiquement le cours par la méthode chirurgicale. Cette malade aussi aurait succombé par la dysphagie et l'inanition si les infiltrations et les ulcérations n'avaient pas été rapidement guéries. Elle doit au traitement chirurgical quatre ans d'existence, la diminution de ses souffrances, le retour de la voix et de la faculté de déglutition.

Messieurs ! Je l'ai déjà souligné et je le répète encore, ces cas doivent être regardés comme exceptionnels ; mais une fois qu'ils sont *possibles*, ils peuvent nous servir de preuve et, en constatant la possibilité d'une guérison, doivent nous exciter dans certains cas à l'emploi d'une thérapeutique énergique. On peut dès maintenant fixer les indications avec assez d'exactitude; elles sont bornées, elles seront peut-être plus tard plus étendues, mais elles ne doivent jamais nous entraîner à entreprendre un traitement chirurgical de la phtisie du larynx sans *indication spéciale*, ou à croire que *tous les cas s'y adaptent et que chacun peut entreprendre et mener à bonne fin ce traitement.* Mais nous reviendrons là-dessus plus tard. Après vous avoir donné la preuve anatomique, il faut que j'essaye de combattre par des préparations microscopiques ou bactériologiques l'assertion que, malgré un curettement énergique, on peut rencontrer encore des tubercules ou des dépôts de bacilles dans les parties plus profondes, c'est-à-dire sous les cicatrices.

Dans le dessin que j'ai joint à mon premier travail, il y a trois ans, sur la formation des cicatrices des cordes vocales et de la paroi postérieure du larynx, vous avez pu voir, Messieurs, que c'était en effet le cas. La corde vocale fut alors traitée par l'acide lactique, et la paroi postérieure du larynx fut curettée. C'était mon premier cas où je n'agis pas encore assez énergiquement, et la figure 3 (Table 2) montre que l'unique tubercule était si profondément incrusté dans la paroi postérieure que je n'y pus atteindre avec la curette. Malgré cela, l'ulcération guérit au bout de peu de temps, et l'examen microscopique démontra dans ce tuber-

cule des métamorphoses régressives qui prouvaient qu'il commençait à s'enkyster, que les cellules gréantes avaient subi une dégénération graisseuse, et qu'à l'aide de la teinture on ne pouvait plus colorer les bacilles de Koch. La préparation démontrait cela à quiconque se donnait la peine de lire ma description et de comparer l'état post-mortem avec l'image décrite pendant la maladie.

La présence des tubercules dans ladite préparation pouvait être expliquée, selon Virchow, qui les a examinées, comme une production tardive, ou bien elle prouve que l'acide lactique ne peut guérir que des ulcérations superficielles, qu'on était donc pleinement autorisé à chercher une méthode de traitement plus énergique.

La préparation que je considère comme preuve de la possibilité d'une guérison radicale des infiltrations tuberculeuses circonscrites de la paroi postérieure provient d'un agent de police qui fut présenté par le D[r] Oltuszewski à la Société laryngologique de Varsovie le 14 juin 1889, admis plus tard dans mon service où il succomba à une pneumonie, suite de l'influenza.

Ce malade, âgé de 28 ans, se plaignit, à la première visite, d'irritation dans la gorge et de toux; il souffrait par hérédité, n'avait jamais été syphilitique, était de structure robuste et de haute taille.

Dans le larynx, je trouvai, en examinant la paroi postérieure, une proéminence lisse, incolore, que je considérai comme une infiltration tuberculeuse. Les autres parties du larynx étaient normales; les cordes vocales seules étaient légèrement rougies, surtout les processus vocaux.

Dans la pointe gauche du poumon, je constatai un épaississement peu apparent. Trois mois plus tard, le malade se trouva dans mon service pour un enrouement et une légère dysphagie. La tumeur avait augmenté, l'irritation dans la gorge était insupportable et provoquait une toux continuelle. Dans le poumon gauche, l'affection avait fait des progrès, quoique les expectorations ne renfermassent point de bacilles. L'état général était relativement bon et sans fièvre. Pour essayer une fois encore dans ce cas d'infiltration circonscrite la valeur d'une cautérisation galvanique, j'essayai de détruire l'infiltration par

le cautère. Cela amena une considérable aggravation de la toux et de la dysphagie, sans aucun résultat positif. Les parties cautérisées étaient rouges, enflées, ainsi que la membrane muqueuse contiguë des cartilages aryténoïdes; une épaisse couche blanchâtre couvrit la place cautérisée pendant quinze jours et ne voulut pas se détacher, malgré la cocaïne et le menthol. J'eus alors recours à la curette, j'enlevai de grands fragments de membrane infiltrée et obtins une rapide guérison. Déjà au bout de deux semaines, la surface des plaies était lisse et sans enflure; huit jours plus tard elle était cicatrisée. La dysphagie et l'irritation provoquant la toux avaient disparu complètement : la voix était plus forte, l'état général considérablement amélioré. Dans les parties enlevées à l'aide de la curette, nous trouvâmes des tubercules avec cellules géantes et des bacilles de Koch.

Le malade fut présenté le 1er novembre 1889 à la Société médicale de Varsovie. Deux jours après il fut pris de l'influenza, avec fièvre violente, grande prostration et manque d'appétit absolu. Le quatrième jour, une pneumonie bilatérale croupeuse se déclara, à laquelle il succomba au bout de neuf jours, à l'hôpital Saint-Roch.

L'autopsie montra dans le poumon droit, entre une pneumonie diffuse fibrineuse du lobe inférieur, des foyers tuberculeux disséminés et une péribronchite dans la pointe du poumon. Au sommet gauche, de rares foyers disséminés tuberculeux, de la dimension d'une noisette ; à côté, par places, hépatisation rouge; en outre, dans les parties inférieures, une hépatisation grise.

Je fais abstraction de tous les détails intéressants et je me borne à remarquer que dans le larynx, sur la paroi postérieure autrefois infiltrée, j'ai trouvé une cicatrice lisse, et que l'examen microscopique de ces parties ne put démontrer nulle part ni tubercules, ni infiltration, ni dépôt de bacilles.

Le résultat de l'examen microscopique des autres parties du larynx fut aussi négatif, quoiqu'on les eût examinées, malgré leur état normal, pour s'assurer s'il y avait des bacilles. L'épiglotte des deux cordes vocales supérieures, les deux inférieures ne montrèrent nulle part des altérations qui puissent faire soupçonner une affection tuberculeuse.

Ces préparations ont été étudiées et déclarées aptes à servir de preuve par le professeur Brodowski, à Varsovie, et le professeur Virchow, à Berlin.

suis forcé de revenir encore une fois aux guérisons
anées, parce qu'elles peuvent servir à mettre en doute
eur du traitement chirurgical.

ons-nous dans ces trois cas vraiment affaire à une
son spontanée, et peut-on attribuer à notre traitement
nfluence favorable sur la guérison obtenue. Comme
crit il y a quatre ans toute une série de cas de gué-
spontanée, et comme quelques-uns de ces malades
n observation jusqu'à aujourd'hui, je suis en état de
dre à ces objections par les données suivantes : Sur
cas de phtisie du larynx, dont j'ai recueilli l'histoire
'au 1er juillet 1890, j'ai observé la guérison spontanée
14 cas, et cela avec des exceptions minimales, dans de
cas d'ulcération des cordes vocales, chez des per-
s dont l'état général avait peu souffert, dont l'affection
naire avait un caractère fibreux et qui, se trouvant de
dans des conditions matérielles favorables, pouvaient
ire pour retrouver la santé (cures climatériques, etc.)
le ces malades vit encore, il était tombé malade en
e 1883, il est donc guéri depuis sept ans. Ce malade,
'ai décrit sous l'observation n° 16, dans mon travail lu
lin en 1886, sur la curabilité des ulcérations tubercu-
, avait des ulcérations à la corde vocale gauche et à la
postérieure du larynx. Il a retrouvé la santé après des
climatériques à Méran et en Egypte, et se porte bien
'à aujourd'hui. Si maintenant, Messieurs, vous com-
ce seul cas de guérison spontanée d'une affection
ncée avec les résultats de la méthode chirurgicale,
verrez que la proportion d'une guérison sur environ
cas ne peut guère supporter la comparaison avec les
ats du traitement chirurgical (70 cicatrisations en
e ans, et du traitement à l'acide lactique, par lesquels
ait pu obtenir l'éloignement de la dysphagie, le retour
voix, la prolongation de l'existence. Ces chiffres
it pour eux et se passent de commentaires. *Ils ne
ent pas la possibilité d'une guérison radicale du
x, comme je n'offre point de garantie pour la durée
tte guérison et que les malades souffrent fréquem-*

ment de récidive, mais ils prouvent les avantages de cette méthode, lorsqu'elle n'est pas appliquée d'une manière irréfléchie, mais seulement dans certains cas, avec persévérance et énergie. Cette affirmation a été appuyée et prouvée par un certain nombre de collègues qui se fondaient sur leurs expériences personnelles.

C'est de plein droit que Jonquière écrit : « La thérapeutique locale a, d'après les relations d'auteurs dignes de foi et d'après mes propres expériences, obtenu de nombreux et sûrs résultats soit en employant l'iodoforme, l'iodol, l'acide borique, le menthol, » mais surtout l'acide lactique, aussi bien que par diverses opérations chirurgicales, le galvanocautère et même l'électrolyse. La thérapeutique de la tuberculose du larynx a donc, d'après les progrès rapides qu'elle a faits en peu de temps, les meilleures chances d'amélioration et de perfectionnement et ne peut plus être considérée comme problématique. Elle doit être recommandée à la généralité des médecins afin d'être employée, examinée et développée successivement. En parlant de la curette , il s'exprime ainsi : « Elle rend de bons services, même *dans des cas très avancés ;* les améliorations sont ici souvent très durables et d'une grande valeur pour les malades, en soulageant leurs souffrances dans les derniers mois de leur existence. » Cet auteur cite des cas de guérison de la phtisie du larynx à l'aide du curettement, qui ont persisté pendant deux ans, ainsi que des guérisons d'infiltrations considérables et d'exulcérations de l'épiglotte, qui ont duré plu d'une année. L'épiglotte était revenue à son état normal, la dysphagie avait disparu, quoique les ulcérations de la partie inter-aryténoïdienne ne se fussent pas cicatrisées. Messieurs, il serait bien à regretter pour le progrès de la phtisio-thérapie du larynx dans le sens de la méthode chirurgicale, que nos déductions fussent malgré cela l'objet d'un malentendu ou dussent éveiller le soupçon que nous considérons cette méthode de traitement comme la seule admissible, apte pour tous les cas et en dehors de laquelle il n'y aurait, comme dit le professeur Schnitzler, point de salut. J'en ai fixé les principes il y a trois ans (*l. c.*, p. 125) en disant qu'il

nous faut limiter l'infiltration tuberculeuse dans la période initiale, empêcher son extension ainsi que son passage à la période de ramollissement, la localiser, afin de déterger les ulcérations. Les gonflements inflammatoires, les hyperémies aussi bien de la muqueuse que du périchondre doivent être combattus ; en un mot, il faut tenter d'éloigner tout ce qui est malade et dégénéré, et de transformer les ulcérations tuberculeuses en lésions bénignes. Ce traitement est donc analogue à celui du lupus ou des maladies tuberculeuses des articulations, et il présente avec lui ce point de contact que dans l'un et l'autre cas l'amélioration de la nutrition et des forces constitue la condition essentielle de la guérison ou de l'amélioration. Si l'on perd de vue cette considération, tout traitement est d'ordinaire inutile, et le résultat n'est que passager. J'ai aussi mentionné (page 120) que l'on ne doit pas se laisser décourager par la réaction inflammatoire qui persiste parfois quelques jours après l'opération chirurgicale (surtout lorsque les malades ne se soignent pas) et qu'il faut préparer les malades à l'éventualité d'une aggravation temporaire. Un emploi énergique de la cocaïne permet toujours d'abréger et d'adoucir cette période très pénible pour le malade. Mais il est dans l'intérêt du médecin de n'employer la méthode chirurgicale que dans certains cas, et de bien réfléchir si elle est non seulement indiquée, mais encore si elle est exécutable dans le cas donné. Page 121, je dis textuellement : « Il faut être en tous cas très prudent dans le pronostic et ne pas perdre de vue que la cicatrisation des ulcérations du larynx ne peut être considérée comme l'équivalent d'une guérison complète de la phtisie laryngée et pulmonaire. »

D'après ces principes, j'ai essayé, outre l'acide lactique, d'un traitement galvano-caustique qui, loin de me satisfaire, a provoqué dans quelques cas une inflammation trop étendue, augmentait la dysphagie et, pour un certain temps, les souffrances du malade.

Malgré cela, je n'ignore pas que l'on a obtenu des guérisons par ce moyen, et même d'assez durables, ce qui prouve qu'on peut, dans certains cas, réussir par divers moyens.

J'ai également employé l'électrolyse pour détruire les produits tuberculeux du larynx, dans des infiltrations diffuses de l'épiglotte, dans la choroïdite tuberculeuse, et cela avec un résultat favorable. Les détails de la méthode et la description des instruments suivront bientôt, mais il est venu à ma connaissance qu'elle a déjà été examinée et approuvée par quelques collègues. Si j'emploie plus rarement l'électrolyse, c'est uniquement par la raison que les opérations chirurgicales conduisent plus promptement au but et que j'ai peu envie de procéder par des moyens relativement bons lorsque mon expérience personnelle me permet d'en employer de meilleurs.

Il va sans dire que dans les cas légers de phtisie du larynx à son début, j'emploie aussi le menthol, le baume du Pérou, les légères solutions d'acide lactique, aussi bien que les inhalations de baume du Pérou. J'ai toujours eu vue l'état général et l'affection des poumons, et j'emploie souvent la créosote, l'arsenic, les cures fortifiantes, les cures climatériques, etc. Si j'insiste là-dessus, c'est parce que, malgré mes fréquentes publications, j'ai entendu s'élever des doutes sur ce point et qu'on semble croire que j'emploie la méthode chirurgicale avec chaque phtisique qui me tombe sous la main. Il me faut protester énergiquement contre cela. Bien des collègues (1) savent très bien que j'ai refusé bien des malades qui m'avaient été envoyés pour le traitement chirurgical, et malgré leur insistance à être opérés, je les ai envoyés dans des stations climatériques du Midi pour améliorer leur état général, n'ordonnant comme traitement local que l'emploi de la cocaïne. Néanmoins l'on pouvait constater chez eux une amélioration visible du larynx à leur retour. Déjà le seul fait que sur 500 malades, à peine 53 ont été traités par moi chirurgicalement, enlève tout fondement à ce reproche.

Mon optimisme, quant à la curabilité de la phtisie du larynx et l'utilité d'un traitement chirurgical nécessaire dans certains cas, est fondé non seulement sur l'observation cli-

(1) Le Dr Cube à Menton, Schmidt à Odessa, le professeur Krause à Berlin.

nique, mais encore confirmé par des recherches microscopiques et bactériologiques faites depuis des années. Il a son origine dans l'expérience confirmée par la théorie et la pratique qu'une phtisie primaire du larynx existe, qu'elle s'observe plus souvent qu'on ne le croit généralement, qu'une infection générale, c'est-à-dire une affection secondaire des poumons, ne peut être exclue; enfin que dans le larynx se développent des dépôts tuberculeux primaires latents, qui peuvent être enlevés par le traitement chirurgical et préviennent une infection ultérieure et une destruction certaine.

Je voudrais relever encore ici l'objection faite par Schrötter dans sa conférence, à savoir qu'il n'est pas toujours possible d'éloigner par la curette tous les dépôts tuberculeux pour prévenir des récidives. Le choix des cas et la localisation de l'affection ont ici une grande influence, comme il y a naturellement des parties qui sont inaccessibles par les procédés endolaryngés. De pareils cas devraient ou bien ne pas être du tout traités chirurgicalement, ou bien le résultat ne sera que partiel ou temporaire; ce ne sera donc qu'une amélioration de certains symptômes, et même on ne peut toujours s'y attendre. Mais il n'est pas du tout indifférent, si nous laissons l'élément destructif progresser dans le larynx ou si nous essayons du moins de le localiser ou de l'arrêter.

Pour ce qui concerne les indications pour le curettement, ce traitement est indiqué en première ligne, d'après mes expériences, dans toutes les infiltrations limitées, tuberculeuses, à développement lent, même si elles n'ont pas encore de tendance à la destruction. Ici la tâche de l'opérateur doit être d'empêcher la destruction ultérieure d'un organe vital important en détruisant le foyer de l'infection générale.

Même une affection des poumons déjà plus avancée et un certain degré de fièvre, à condition qu'elle ne soit pas hectique, ne peut être regardée dans certains cas comme une contre-indication; je le répète, dans certains cas seulement.

Si l'infiltration tuberculeuse se borne à la paroi postérieure du larynx, comme cela arrive le plus souvent, un

éloignement, le plus radical possible et fait à temps, peut arrêter la maladie pour des mois et des années et rétablir les fonctions du larynx.

Mais aussi dans plus d'une affection diffuse du larynx, ayant un cours particulièrement aigu, une opération chirurgicale deviendra nécessaire, et cela même lors d'un état général relativement peu satisfaisant, comme, par exemple, lors d'une excessive dysphagie, produite par un gonflement inflammatoire et une ulcération de l'épiglotte ou de la paroi postérieure du larynx. Nous savons ici pour sûr qu'une guérison ne peut réussir ; mais alors les indications ont leur fondement *en ce que les souffrances peuvent être allégées le plus vite pour un temps assez long, par d'énergiques opérations chirurgicales bien exécutées*, et réellement, Messieurs, pour les pauvres malades, ce n'est pas une bagatelle. Quand la cocaïne s'est montrée inefficace, le traitement chirurgical prend parfois sa place. Il ne s'adapte naturellement pas à tous les malades, mais seulement à ceux qui sont énergiques et préfèrent une douleur momentanée à de longues souffrances.

Krause dit très justement : « Un phtisique est un homme qui s'adapte extraordinairement à l'énergie et à la capacité de son médecin, qui ne demande pas mieux que de laisser influer sur son imagination et sa volonté, si bien que nous sommes toujours capables d'avoir sur lui une influence éducatrice. Si nous faisons cela, si nous lui montrons notre dévouement et notre zèle à le soulager, nous le gagnons à se laisser opérer sans contestation. Son opinion qu'un larynx tuberculeux supporte des opérations très énergiques est tout aussi juste, et doit être confirmée par tous ceux qui ont une expérience personnelle. »

Je tiens donc la curette pour indiquée.

1) Dans des infiltrations limitées ou des ulcérations de la paroi postérieure du larynx et des infiltrations fraîches, unilatérales, inflammatoires, sur l'épiglotte, qui sont parfois le début d'une phthisie du larynx. Ici l'emploi de la double curette de Krause est indiqué.

2) Dans les infiltrations et les profondes ulcérations des

cordes vocales supérieures, où l'on doit employer soit ma curette, soit la double curette de Krause, resp. l'instrument de Landgraf, destiné pour les cordes vocales supérieures.

3) Dans des ulcérations hypertrophiques couvertes de granulations, qui partent de la surface ou des bords des cordes vocales respiratoires des processus vocaux et amènent parfois une sténose menaçante, par conséquent aussi dans des formations polypeuses, les tumeurs tuberculeuses, etc.

On doit s'en tenir ici à ce principe qu'il faut agir aussi énergiquement et aussi profondément que possible, du moment que les indications en sont données. Un tiraillement indécis et craintif des infiltrations n'a aucune valeur et nuit parce que son résultat imparfait ôte pour longtemps au médecin la confiance dans la méthode, dont il n'avoue pas volontiers l'imparfaite application et démoralise aussi son malade. Le traitement chirurgical n'est pas fait pour les novices ; mal employé, il peut nuire ; il partage ce mauvais côté avec toutes les opérations énergiques ; mais cela ne peut discréditer sa valeur, pas plus que le jugement défavorable de collègues n'ayant pas encore fait d'expériences sur ce point et qui tentent de le discréditer ou de le condamner théoriquement.

D'un autre côté, la curette doit être évitée quand on a à faire à des malades très abattus, affaiblis, sans volonté ; à des malades atteints de fièvre violente et sans forces, qu'une trace de sang dans les expectorations effraye mortellement, qui regardent avec terreur chaque instrument dans la main du médecin ; de plus, chez des personnes insuffisamment habituées au réflecteur et aux instruments laryngoscopiques. Qu'on l'évite aussi chez des malades nerveux, impatients, méfiants, changeant souvent de médecin et s'attendant à une guérison immédiate, qui ne veulent être traités à domicile et chez qui il est à prévoir que leurs occupations et leur caractère ne leur permettent pas de suivre exactement le traitement qui est toujours long et dans certains cas sans résultat, qui ne savent pas soigner leur santé ni obéir aux prescriptions du médecin.

Elle exige une certaine technique, elle ne peut ni ne doit être exécutée par tout le monde, et je ne saurais assez mettre en garde contre un abus de cette méthode. Je n'ai jamais exagéré la valeur de la technique, et je suis de l'avis de Jonquière quand il dit : « Ce n'est pas le manque de technique qui a jamais empêché le progrès du genre humain ; il surmonte bientôt ces difficultés et arrive en tout facilement avec une habileté étonnante. Ce sont les faits intellectuels, les opinions fondamentales qui doivent préparer le terrain à la main exercée. »

Il en fut ainsi dans la thérapeutique de la tuberculose du larynx.

La possibilité d'une résorption d'infiltrations tuberculeuses a été prouvée par les préparations anatomiques. Naturellement chaque infiltration tuberculeuse ne s'adapte pas à la résorption, et j'en dois distinguer, en me fondant sur les examens microscopiques, deux formes. La première est caractérisée par la formation de rares foyers dans les couches submuqueuses plus profondes, qui peuvent être désignées histologiquement comme tubercules réticuleux (dans le sens de Wagner). Ceux-ci contiennent presque constamment des cellules géantes, beaucoup de cellules épithéloïdes et relativement peu d'éléments lymphoïdes. Ils se présentent dans l'aspect de foyers arrondis, assez nettement limités, contiennent habituellement de rares bacilles qui se trouvent surtout dans les cellules géantes. Le tissu entre ces foyers n'est pas très altéré, mais ordinairement déjà parsemé de cellules lymphoïdes. Le tissu atteint est déjà épaissi macroscopiquement ; la membrane muqueuse est légèrement rougie, tendue, peu infiltrée. Cet état peut persister assez longtemps, avant qu'il y ait décomposition. Microscopiquement, la couche épithéliale est peu changée, ou seulement hypertrophique, quelquefois il y a des formations d'épithélium allongées qui s'approfondissent. Tôt ou tard ces foyers sont le point de départ de l'ulcération et du ramollissement, et constituent un foyer d'infection pour le tissu environnant. Limiter et si possible détruire ce symptôme est une nécessité pressante, confirmée déjà par l'expérience clinique.

La deuxième forme de l'infiltration tuberculeuse diffuse se présente tout autrement sous le microscope. Ici, les altérations sont en général superficielles, immédiatement sous l'épithélium. Nous y remarquons une infiltration tuberculeuse diffuse, à petites cellules rondes qui s'est frayée partout un chemin, qui a pénétré partout, aussi bien entre les glandes muqueuses, leurs conduits excrétoires et les vaisseaux sanguins. Elle détruit tout, comprime le tissu, fait dégénérer plus tard les vaisseaux sanguins par suite de la péri ou de l'endo artérite tuberculeuse. Le tissu privé de sa circulation et de ses liquides nourriciers meurt, se décompose et s'ulcère rapidement. L'affection est encore excitée par la quantité énorme de bacilles qui se trouvent souvent par couches sous l'épithélium ; les sécrétions agissent infectieusement ; il se forme des infections doubles de staphylococcus et d'autres variétés produisant la séparation et la destruction, en suivant les glandes muqueuses qui s'approfondissent et peuvent produire la périchondrite et parfois la nécrose des cartilages.

Cette forme se distingue cliniquement par des infiltrations considérables, par des œdèmes inflammatoires, par des pertes de substances cratériformes et par une sécrétion purulente profuse. Si maintenant, après que les symptômes inflammatoires se sont adoucis d'eux-mêmes ou par le secours de l'art, et que les ulcérations se sont un peu nettoyées, nous ne trouvons pas d'inflammation réactive, pas de pullulement du tissu conjonctif environnant en forme de bourgeons et de granulations (ce qui doit être considéré comme un symptôme spontané par lequel débute la guérison), il n'y a pas pour le moment nécessité de recourir à une opération chirurgicale, et cela jusqu'à ce que notre thérapeutique réussisse à provoquer cette voie de cicatrisation. Mais si dans les infiltrations localisées, limitées, moins avancées, avec un état général relativement satisfaisant, le pronostic est plus favorable, on provoquera une tendance à la guérison par un éloignement énergique, sinon radical, des produits inflammatoires et des dépôts tuberculeux. Les pertes de substance et les lésions causées par l'opération

commencent à suppurer, une partie des tubercules est écartée de cette manière ; l'autre subit des métamorphoses régressives ; les bacilles, comme je l'ai remarqué par l'examen microscopique de pus extrait des parties curettées, semblent s'être éliminés en grande quantité ; la tension des tissus diminue et la formation des granulations et des cicatrices est provoquée.

Je voudrais faire encore quelques citations du travail récemment paru d'Eugène Frænkel (1), parce qu'elles autorisent pleinement le traitement chirurgical. Il dit ce qui suit (p. 543) : « Je me résume en disant que *l'origine des ulcérations tuberculeuses du larynx doit être ramenée à une invasion de bacilles par leur surface*, et que la voie opposée, à savoir une invasion de bacilles de Koch par la voie intérieure, par le sang ou par les voies lymphatiques, est possible, mais constitue une rare exception. Les bacilles s'introduisent dans les couches inférieures des tissus, par les cellules de l'épithélium entièrement intactes ou peu altérées. L'invasion des bacilles tuberculeux dans l'épithélium des conduits excréteurs des glandes muqueuses constitue aussi un mode d'infection du larynx et a été observée par Heryng, mais fort rarement. »

A la fin de son travail, Frænkel s'exprime ainsi sur la thérapeutique de la phtisie du larynx : « Si je me permets de discuter brièvement à la fin de mes recherches sur la thérapeutique de la phtisie du larynx, je le fais parce que l'attention s'est fixée plus particulièrement sur cette question dans ces derniers temps et que l'on y est arrivé à des vues différentes de celles qu'on regardait peu avant comme décisives et seules admises. Car, tandis qu'on restait en général passif en présence des malades atteints de cette grave affection, à cause de l'idée préconçue de son incurabilité, et qu'on se bornait à combattre surtout les douleurs, on est arrivé maintenant de plus en plus à la certitude qu'une thérapeutique active, des mesures chirurgicales spéciales sont en état d'avoir une influence favorable sur ces funestes

(1) Archives de Virchow. 1890. vol. 121. liv. 3.

symptômes, de les arrêter et même d'obtenir parfois leur guérison, et cela grâce à l'énergie avec laquelle *Heryng* poursuivant son but a établi ses théories. Je crois que par les recherches dont j'ai fait part ici, j'ai prouvé l'autorisation de ces opérations, comme elles ont confirmé, après les découvertes de Koch, la justesse de l'opinion émise par beaucoup d'auteurs, même avant qu'il fût question de bacilles, sur l'origine de la phtisie du larynx par l'invasion du virus par la surface. Les mesures proposées par Heryng et les médecins secondant ses tentatives n'ont pas d'autre but que de suivre pas à pas le principe morbifique introduit de l'extérieur, et soit d'éloigner immédiatement les productions maladives qu'il a formées dans les tissus, soit d'influer par l'introduction de substances médicamenteuses de façon à détruire l'agent délétère. *On est donc aujourd'hui obligé* d'agir aussi énergiquement que possible lors d'une affection du larynx reconnue comme tuberculeuse, et spécialement à son début, pour obtenir si possible une limitation de la maladie dans son foyer. J'ai déjà mentionné que ce principe doit être appliqué dans une mesure plus étendue lors des cas, rares mais sûrs, d'affection tuberculeuse du larynx, et je voudrais insister ici de nouveau sur les opinions que j'ai exprimées alors. » Je recommande ces citations à l'attention des adversaires de la méthode chirurgicale.

Je voudrais mentionner encore une découverte importante qui a été communiquée par Robert Koch dans la première séance générale, à savoir qu'il a trouvé un moyen qui rend les cochons d'Inde insensibles à la tuberculose et les guérit. Si ce fait devait être prouvé salutaire pour les hommes, le pronostic de la phtisie combinée du larynx et des poumons serait considérablement amélioré, parce qu'on pourrait prévenir les récidives, empêcher les métastases et lutter énergiquement contre l'infection générale. Mais il me semble que, même après la découverte de ce spécifique, nos principes thérapeutiques actuels ne seront pas beaucoup changés, qu'il faudra toujours avoir égard à la nutrition, à l'entretien des forces. Nous verrons des résultats plus rapides, nous obtiendrons des guérisons plus persistantes ;

mais nous essayerons toujours d'établir le diagnostic le plus tôt possible pour réagir contre une extension de l'infection et empêcher les états hectiques et les processus destructifs.

Quant à la phtisie du larynx dont le plus grand danger consiste dans la dysphagie et la dénutrition qui en résulte, nous adopterons probablement dans l'avenir les mesures thérapeutiques relativement favorables qui ont été employées jusqu'ici, et nous tendrons toujours à nettoyer le fond, à écarter les produits stegnotiques ou empêchant les fonctions, dans des ulcérations confluentes fortement granuleuses ; il faudra donc dans certains cas recourir à la méthode chirurgicale.

Pour détruire la phtisie, pour empêcher son extension, il ne sera sans doute pas suffisant de détruire le bacille lui-même, il faudra plutôt fortifier la résistance de l'organisme et empêcher sa multiplication. D'autres causes encore, comme les mauvaises conditions sanitaires, la misère sociale, les anomalies de la nutrition, les excès de tout genre, entretiennent la disposition de la phtisie, et devraient être écartés pour le rendre moins accessible à l'invasion de l'ennemi, toujours en éveil, qui attaque les organismes affaiblis et n'offrant pas à l'infection une résistance suffisante.

La destruction des crachats, les mesures de police sanitaire les plus rigoureuses, surtout dans les stations balnéaires et les hôpitaux, l'organisation des établissements spéciaux pour des phtisiques pauvres, voilà les buts que nous avons en vue pour le moment et que nous devons développer pour empêcher l'expansion de la tuberculose.

Pour ce qui concerne la technique du traitement chirurgical et de l'électrolyse, ainsi que le matériel casuistique ultérieur et les résultats des recherches microscopiques des préparations démontrées, ils seront traités ailleurs avec plus de détail.

D'après les déductions présentées ici, la réponse à la question que j'ai abordée est que le larynx, dans la phtisie combinée du larynx et des poumons, peut arriver à la guérison par le traitement chirurgical dans la grande minorité des cas ;

que, dans d'autres cas plus fréquents, une amélioration considérable, persistant des mois ou des années, peut être obtenue; néanmoins elle n'empêche pas les récidives et le développement ultérieur dans les poumons ; enfin que le traitement général doit toujours être regardé comme le point le plus important de la thérapeutique.

II

DE L'EMPLOI DU COLLODION DANS LE RELACHEMENT DE LA MEMBRANE DU TYMPAN

Par le Dr **LANNOIS** (de Lyon).

En 1879, au Congrès de l'Association médicale britannique, à Cork, un médecin de Belfast, W. Mc Keown (1), a proposé l'emploi du collodion en chirurgie auriculaire, et notamment dans le cas de *relaxation de la membrane tympanique*. Il le vantait encore pour prévenir les adhérences du tympan avec le promontoire, pour rompre les adhérences anciennes, pour maintenir à l'état normal les rapports de la membrane avec les osselets et les rapports des osselets entre eux, pour prévenir et diminuer la pression intra-labyrinthique, pour empêcher la rétraction du tenseur du tympan, enfin pour maintenir ouverte une perforation du tympan.

Peut-être, en voulant la rendre trop compréhensive, McKeown a-t-il nui à sa méthode plus qu'il ne lui a servi, et peut-être les otologistes se sont-ils méfiés d'un traitement qui devait réussir dans un aussi grand nombre de lésions graves de l'oreille. Toujours est-il que si l'emploi du collodion est indiqué, d'après Mc Keown, dans les traités clas-

(1) Mc Keown. *Remarks on the application of simple collodion to the membrana tympani in the various diseases of the ear*. (*British med. journ.*, décembre 1879.)

siques les plus récents (1), la méthode proposée par le médecin irlandais ne paraît pas avoir attiré beaucoup l'attention des spécialistes. Ce n'est que tout récemment que Katz (2) en a parlé incidemment et que Keller (3) a cherché à la tirer de l'oubli, au moins en ce qui concerne le relâchement du tympan. Dans sa courte note, il dit que ce traitement lui a donné des résultats très favorables; non seulement l'ouïe a été améliorée, mais tous les phénomènes accessoires, et notamment l'ouïe douloureuse pour les bruits aigus, auraient disparu.

Cet oubli paraît d'autant plus singulier que les moyens dont nous disposons pour combattre cette affection si tenace ne donnent habituellement que des résultats peu marqués et transitoires et que quelques-uns ne paraissent pas sans danger. Les procédés qui consistent à injecter dans la caisse ou à introduire dans le conduit auditif des solutions de nitrate d'argent, de perchlorure de fer, de sulfate de zinc, etc., n'agissent qu'en amenant une inflammation qui pourra dépasser la mesure. La paracentèse du tympan, préconisée déjà par Bonnafont, et les incisions multiples ont donné parfois aussi des succès; c'est sans doute pour des cas de ce genre que les auteurs américains, et notamment Pomeroy, ont rapporté des améliorations nombreuses. Mais on peut objecter à ces procédés, comme à l'excision de lambeaux ou aux perforations avec le galvanocautère, d'exposer à des rétractions ultérieures qui ne vaudront peut-être pas mieux que le relâchement primitif. Le fait de M. Gellé (4), qui obtint une amélioration évidente au moyen d'une boulette de coton mise en contact avec le tympan relâché, n'est qu'un cas particulier. L'emploi du collodion n'a aucun des inconvénients que nous venons de signaler, et il semble même que son action ne se borne pas à maintenir en place la membrane tympanique relâchée et à en doubler l'épaisseur, mais qu'il a une action

(1) Gellé. *Précis des mal. de l'oreille*, p. 170. Urbantschitsch, 3e édit. p. 149, etc.
(2) Katz. *Ein künstliches Trommelfell aus Celloïdin.* (*Deuts. med. Wochenschrift*, n° 28, 1889.)
(3) Keller. *Ueber den Werth der Collodium-Behandlung bei erschlafftem Trommelfelle.* (*Monats. für Ohrenheilk.*, n° 1, 1890.)
(4) Gellé. *De l'oreille*, etc. T. II, 1888, p. 113.

véritablement curative. Les malades, en effet, entendent mieux après le traitement qu'avant, alors même qu'ils n'ont plus de collodion dans l'oreille. C'est là un point à étudier, mais il ne me paraît pas douteux qu'après l'enlèvement du collodion le tympan ne soit plus épais et que l'étendue de ses mouvements ne soit nettement diminuée. C'est aussi ce qu'a vu Keller.

Quoi qu'il en soit, j'ai eu récemment l'occasion d'observer quelques cas où ce mode de traitement m'a donné des résultats favorables, qui me paraissent devoir être rapprochés de ceux de Mc Keown et de Keller.

J'en résumerai deux brièvement.

Le premier concerne un jeune homme de 20 ans que j'ai présenté à la *Société des sciences médicales de Lyon* (novembre 1890). Il a été sourd dès son jeune âge, mais ne croit pas que ses oreilles aient jamais suppuré. Ses parents pensaient qu'il n'y avait rien à lui faire lorsque, vers l'âge de 9 à 10 ans, il entendit brusquement beaucoup mieux. Bien que cette amélioration ait été passagère, on résolut de le faire soigner, et quelque temps après on le mena à M. Ladreit de Lacharrière. Le politzer et plus tard le cathétérisme qui lui furent pratiqués à plusieurs reprises agissaient toujours de la même manière : amélioration subite durant quelques heures, puis retour de la surdité comme avant.

Lorsque je le vis pour la première fois, le 4 mars 1890, je constatai chez lui un relâchement très net du tympan qui, des deux côtés, se présentait comme nettement enfoncé, mince, transparent, laissant voir la longue branche de l'enclume, avec un triangle lumineux très étalé et des petits reflets en arrière du manche et sur la membrane flaccide. A gauche, le valsalva faisait fortement bomber toute la partie antérieure du tympan, le segment postérieur restant immobile. L'audition passait ainsi de 3 à 32 centimètres pour une montre s'entendant normalement à 1 mètre. Je constatai de plus que la trompe était très perméable à gauche et très obstruée à droite. C'est très rarement, dit-il, presque jamais, qu'on arrive à le cathétériser de ce côté.

Le malade revint souvent à la consultation gratuite, et nous eûmes toujours à constater le même résultat ; amélioration par le cathétérisme à gauche jusqu'à 35 et 40 centimètres ; rechute

quelques heures après, au plus tard le lendemain, aux 3 centimètres primitifs. Je passe les détails de l'observation.

Le 4 mai, je lui fais une première application de collodion; pendant trois semaines l'audition se maintint très bonne ; le cathétérisme fut continué tous les huit jours et l'audition ne redescendit pas au-dessous de 20 centimètres. — Le 3 juin, il était retombé à ses 3 centimètres, et je fis une nouvelle application, sans enlever la première couche. L'audition fut alors portée entre 40 et 45 centimètres et resta telle *pendant trois mois et demi.*

Le 24 septembre, on voyait nettement que le collodion était décollé dans sa partie inférieure; l'audition pour la montre était de 7 à 8 centimètres. Je remis du collodion dans l'oreille, mais sans bon résultat, vraisemblablement à cause du décollement de celui qui était au-dessous. Le malade resta quelque temps sans venir, puis, le 12 novembre, je me décidai à lui enlever son collodion, après avoir versé dans l'oreille un peu d'éther; je fis sortir facilement une sorte de doigt de gant à l'extrémité duquel les éléments du tympan, et notamment le manche, s'étaient imprimés en creux. L'audition était alors à 15 centimètres, et persista ainsi jusqu'au lendemain où je remis du collodion. Le tympan était beaucoup moins transparent, moins enfoncé, et paraissait nettement épaissi; toutefois le valsalva faisait encore nettement bomber sa partie antérieure. Aujourd'hui le malade continue à entendre à 35 centimètres.

Pendant ce temps, son autre oreille avait été traitée par la dilatation de la trompe, et son audition pour la montre à droite est actuellement de 15 à 18 centimètres.

La deuxième malade est une jeune fille de 13 ans, actuellement dans un pensionnat de Lyon, dont l'ouïe a baissé depuis plusieurs années déjà sans qu'elle puisse expliquer depuis quelle époque. A sa première visite (18 avril 1890), elle prétendait que ses oreilles n'avaient jamais suppuré, mais plus tard elle se rappela avoir eu des abcès lorsqu'elle était toute petite. Elle a irrégulièrement des bourdonnements et des sifflements et entend assez mal, 4 centimètres à droite, 6 centimètres à gauche pour la montre. Des deux côtés, les deux tympans paraissent manifestement amincis, très clairs et transparents, et offrent plusieurs reflets lumineux qui se modifient pendant le valsalva, mais sans bomber comme chez le malade précédent.

L'insufflation de Politzer, pratiquée deux fois par semaine à la pension, réussit pendant trois semaines environ, si bien que le

10 mai elle entendait à droite à 20 centimètres, à gauche à 60 centimètres. A ce moment, l'audition retomba brusquement à 7 centimètres à droite et à 15 à gauche. Le cathétérisme fut alors pratiqué et confirma la perméabilité des trompes ; mais bien qu'à chaque fois il fît remonter l'audition à 35 ou 40 centimètres, la demi-surdité reparaissait le soir même, et l'enfant revenait toujours avec 15 et même 10 centimètres à gauche.

Au commencement de juillet, encouragé par le résultat obtenu chez l'autre malade, je lui mis aussi du collodion à gauche sans résultat appréciable, vraisemblablement parce que le collodion ne formait pas une couche uniforme sur le tympan.

A son retour de vacances, le 7 octobre, je constatai un léger écoulement de l'oreille droite qui s'arrêta d'ailleurs assez vite sous l'influence de l'acide borique. Quelques jours après, j'eus encore recours au collodion, et cette fois avec un succès relatif. Depuis six semaines, en effet, l'audition pour ma montre se maintint à environ 40 centimètres. La malade dit entendre beaucoup mieux, et les sœurs du pensionnat sont du même avis.

Je pourrais citer encore deux cas analogues chez un homme de 52 ans et chez un autre de 40 ans; mais l'amélioration n'est pas aussi considérable, puisqu'elle a seulement passé de 1 à 2 centimètres à 10 chez l'un et à 12 chez l'autre. Il n'en reste pas moins démontré pour moi que dans deux cas j'ai obtenu des résultats très appréciables, non seulement au point de vue de l'amélioration produite du côté de l'acuité auditive, mais aussi de la durée de cette amélioration. Mc Keown et Keller disent qu'au bout de trois à six semaines, le collodion commence à se détacher et qu'on peut facilement l'enlever avec la pince; chez mon premier malade, c'est presque quatre mois qu'a duré l'amélioration. J'ai déjà dit que, même après l'enlèvement du collodion, il persistait une amélioration autant objective que subjective ; c'est là un fait qui me semble indiquer la nécessité de renouveler le traitement. Je dois, à la vérité, d'ajouter qu'il ne réussit pas toujours aussi bien; aujourd'hui même j'ai dû enlever du collodion que j'avais mis, il y a quatre jours, dans l'oreille droite d'une malade atteinte d'un ramollissement étendu de la membrane pour lequel elle a consulté plusieurs de nos confrères à Paris, à Lyon et à Nice. Cette malade a l'habitude de faire à

chaque instant l'insufflation de valsalva ; mais depuis le collodion, cette petite manœuvre ne réussissait plus et l'audition se trouvait diminuée. Peut-être la quantité de collodion était-elle trop considérable.

Mc Keown conseillait d'aller badigeonner le tympan avec un petit pinceau trempé dans le collodion. J'ai employé un procédé qui me paraît plus simple et qui, je l'ai vu depuis, se rapproche de celui de Keller. Après avoir fait le cathétérisme, je verse simplement quelques gouttes dans l'oreille, la tête étant fortement inclinée du côté opposé, puis j'enlève le surplus avec de petites boulettes de coton hydrophile. Pour plus de sûreté, je renouvelle encore une fois le cathétérisme avant que le collodion ne soit complètement sec. Il est bon de se servir d'un collodion très liquide, car autrement il serait difficile de farie sortir l'excès du conduit auditif, et l'on s'expose alors à la production d'un bouchon qui gênerait l'audition ; on doit s'assurer aussi que le collodion a bien recouvert toute la membrane tympanique.

Cette manière de faire ne me paraît avoir aucun inconvénient ; les malades accusent d'abord une sensation de froid très rapidement remplacée par de la chaleur et même de la cuisson, mais celle-ci n'est jamais assez marquée pour être douloureuse et dure rarement plus de quelques heures. Immédiatement après, l'examen de la membrane tympanique permet de constater une congestion assez vive au niveau du mur et du manche du marteau ; mais elle se dissipe rapidement. Comme je n'ai employé le collodion que dans le cas de relâchement du tympan, je ne sais si ce procédé expose à des rétractions trop fortes et même à des déchirures dans les cas d'adhérences. Katz semble les craindre, tandis que Mc Keown les recherchait dans quelques cas déterminés. Il me semble qu'il serait bon de faire quelques tentatives dans le sens indiqué par cet auteur.

Quoi qu'il en soit et pour m'en tenir simplement à ce que j'ai vu, je dirai comme conclusion que *l'emploi du collodion est à recommander comme donnant de bons résultats dans le relâchement de la membrane tympanique.*

III

EXPÉRIENCES D'AVULSION DE L'ÉTRIER CHEZ LES ANIMAUX

Par le Dr **RICARDO BOTEY**, de Barcelone.

(Communication faite au Congrès international de médecine de Berlin, août 1890.)

Il y a très longtemps que nous nous imaginons que celui qui pourrait extraire sans danger l'étrier, en laissant une perforation permanente du tympan, rendrait un véritable service à beaucoup de ces sourds incurables, qui constituent la croix, le cauchemar de l'otologiste.

Ces idées avaient pour base la conviction que le tympan et les osselets n'étaient pas indispensables à l'audition, et que l'on pouvait entendre encore par le seul fait de tenir accessibles, aux vibrations extérieures, les membranes des fenêtres ovale et ronde; nous pensions, en d'autres termes, que tout l'appareil mécanique de l'audition ne constituait qu'un système de perfectionnement chez l'homme et chez les animaux supérieurs.

Il était donc nécessaire de vérifier si cela était vraisemblable, et, en outre, de voir ce qu'il y avait de certain dans le prétendu péril d'arracher la base de l'étrier de la fenêtre ovale, et dans l'écoulement inévitable du liquide labyrinthique et de l'inflammation purulente probable consécutive du labyrinthe.

Nous n'ignorions pas que le professeur Kessel, d'Iéna, avait été peut-être le seul qui eût fait une expérience dans un but analogue, de même qu'il fût le premier à pratiquer la mobilisation de l'étrier chez l'homme.

Un accident imprévu, qui nous arriva au commencement de l'année dernière, nous affirma de plus en plus dans l'idée que l'avulsion de l'étrier devait être inoffensive (à part l'impossi-

bilité ou la difficulté immense de l'exécuter chez l'homme); il fut en même temps le point de départ d'une série d'expériences, dont nous entretiendrons nos lecteurs. Voici le cas auquel nous faisons allusion :

Paul G...., trente ans, maçon. A la suite d'une fièvre typhoïde que le malade eut à l'âge de vingt et un ans, il survint une suppuration des deux oreilles, qui dura jusqu'à il y a deux ans. La surdité, qui avait été faible pendant la durée de la suppuration, devint peu à peu très prononcée; l'écoulement tarit.

Le résultat de notre premier examen, le 19 janvier 1889, fut le suivant : Oreille droite, voix moyenne 15 centimètres, voix chuchotée 0. Perception cranienne bonne pour la montre et les diapasons aigus et graves. Oreille gauche : voix moyenne 8 centimètres, voix chuchotée, 0. Perception cranienne bonne aussi pour la montre et pour tous les diapasons, ce qui nous étonna un peu. Diapason vertex plus fort à droite.

En examinant l'oreille droite, nous trouvâmes sur le tympan une perforation énorme; la moitié inférieure du manche du marteau détruite jusque au-dessous du *processus brevis ;* le promontoire luisant, d'un gris rosé et avec quelques plis irréguliers peu saillants. *Avec mon petit miroir intra-tympanique* que j'avais imaginé peu de temps auparavant, j'observe que l'enclume et l'étrier existent et que ce dernier se trouve être fortement ankylosé avec les alentours de la niche de la fenêtre ovale et, par quelques brides, avec l'enclume et le promontoire, ce qui se voit assez bien en tournant mon petit miroir. Le malade se plaint en outre de très forts bourdonnements en coups de marteau dans cette oreille, qui l'obsèdent d'une manière si terrible que son frère, qui l'accompagnait, me dit qu'il craignait que ces bourdonnements causassent son suicide, car il était au désespoir.

Le tympan gauche était atrophié, couvert de cicatrices et adhérent presque en entier au promontoire. Trompes perméables. Les deux conduits auditifs sont larges, ce qui fait que je peux pratiquer l'otoscopie intra-tympanique à mon aise.

Après avoir employé le sulfate de quinine, le bromure de potassium, etc., pour combattre les bourdonnements, sans le moindre résultat, je pratique, le 7 février, la mobilisation de l'étrier droit à travers l'énorme perforation. Je puis à peine le mobiliser.

Neuf jours après, observant avec le stylet et le miroir la présence de fortes brides qui le fixent à l'apophyse longue de l'enclume, et le malade me suppliant de le délivrer à tout prix de ces bourdonnements, qui lui ont fait perdre le sommeil et l'appétit, je pratique, le 16 février, la séparation de l'enclume et de l'étrier, coupant la longue apophyse au-dessus de son articulation, un endo-stapédale qui me paraissait être ankylosé aussi, je m'assurai alors avec le stylet de l'immobilité de l'enclume et de ce qui restait du marteau, déduisant que les osselets ne servaient absolument à rien. Avec mon petit miroir otoscopique me servant de guide, je pus, toutefois avec une certaine difficulté, couper, à l'aide d'un petit bistouri en forme de baïonnette, les adhérences des branches de l'étrier que je pus alors mobiliser. Le malade entendit de suite la voix moyenne à 90 centimètres, et les bourdonnements diminuèrent d'intensité, mais ne disparurent pas.

La suppuration consécutive fut peu abondante et séreuse; mais au bout de deux mois et demi le malade revint chez moi avec les mêmes bourdonnements et une surdité de 12 centimètres pour la voix moyenne. Je lui propose de remobiliser son étrier pour la troisième fois. En effet, le 14 mai, étant très étonné de trouver l'étrier complètement immobile, je commence par débrider de nouveau, et après avoir communiqué, avec un petit stylet plat, à l'étrier de petits mouvements de haut en bas, et quand je me disposais à faire mouvoir cet osselet d'avant en arrière, avec toute la légèreté de main possible et en appliquant la palette contre le bord extérieur de la branche entéro-supérieure de cet osselet près de sa base (ce qui m'était seulement possible de voir qu'avec le petit miroir), je touchai probablement, sans le vouloir, avec la petite palette le promontoire, ce qui fit faire instantanément au malade un mouvement de tête si brusque, que malgré ma hâte de retirer le petit instrument de son oreille, ce mouvement ne fut pas sans doute assez rapide, car le stylet fit sauter l'étrier qui se rompit au milieu de sa branche postérieure et fut *arraché dans les deux tiers antérieurs de sa base*, place où il se rompit aussi, restant appendu dans l'intérieur de la caisse au tendon stapédius.

Pris à l'improviste par cet accident, je refis soigneusement l'antisepsie de la caisse et du conduit, ne sachant pas malgré tout voir saillir de la *fenêtre ovale* la *moindre quantité de liquide labyrinthique*. Craignant une inflammation consécutive de l'oreille interne, nous priâmes notre malade de rentrer chez lui,

oubliant de lui demander des nouvelles de ses bourdonnements et d'examiner son acuité auditive.

Le lendemain, nous ne manquâmes pas d'aller le voir à son domicile, car nous lui avions défendu de sortir de sa chambre. Le premier mot qu'il prononça à notre arrivée fut qu'il n'avait plus de bourdonnements et qu'il entendait bien mieux, ce qui lui causait une grande joie. En effet, il percevait, avec cette oreille, la voix moyenne à 60 centimètres, malgré que quelquefois il *confondait les mots qui avaient les mêmes voyelles mais des consonnes différentes.*

Il survint à peine de réaction; pas de fièvre, seulement un peu de lourdeur de tête.

Huit jours après, charmé de son état général excellent, je coupai le tendon du stapédius au siège de son insertion, et je vérifiai, avec de petites pinces, l'extraction de la portion d'étrier qui était restée dans la caisse, pour éviter qu'elle ne causât une suppuration prolongée.

Au bout d'une quinzaine de jours, c'est-à-dire quand l'excessive sensibilité de la muqueuse de la caisse eut presque disparu, je pus voir, avec le petit miroir désinfecté d'avance, qu'à la place où avait été l'étrier, il existait une prolifération de la muqueuse, qui formait un petit relief de tissu de granulation. Au bout de quinze ou vingt jours, n'osant pas toucher au tissu embryonnaire avec l'azotate d'argent, car nous craignions la proximité du vestibule, j'instillai quelques gouttes d'une solution hydro-alcoolique de sublimé, un 1/2 pour 1,000, ce qui fit atrophier peu à peu ce tissu, et l'acuité auditive, qui était descendue à 60 centimètres, redevint, au bout de peu de temps, à 80 centimètres d'une manière définitive.

Depuis lors, ce malade a conservé la même acuité auditive de 80 centimètres, et les bourdonnements n'ont plus reparu.

Les Français disent *qu'il n'y a rien de plus brutal qu'un fait.* Voilà donc un fait brutal qui démontre que les osselets ne sont pas indispensables à l'audition et qu'on peut extraire une grande partie de l'étrier sans qu'il survienne la moindre inflammation du labyrinthe.

Ceci nous conduisit, comme nous l'avons déjà dit, à entreprendre une série d'expériences sur les animaux, qui constituent l'objet principal de cette communication. Nous nous proposions d'éclaircir quatre points : 1° si les animaux en-

tendent sans étrier; 2° si l'arrachement de cet osselet produit consécutivement l'inflammation du labyrinthe ; 3° si les animaux entendent moins avec l'étrier ankylosé que sans cet osselet ; 4° si, avec l'étrier seulement, ils entendent mieux que sans étrier.

Avant de commencer, nous devons dire que nous n'oublions pas que le professeur Kessel pratiqua, en 1876, sur un pigeon, l'extraction de l'étrier (columela chez les oiseaux), aspira avec un tube capillaire le liquide labyrinthique à travers la membrane ovale et que le pigeon ne mourut pas, ni ne perdit complètement l'ouïe, malgré que nous supposions qu'il entendait moins, ce que ne dit pas Kessel.

Nos expériences ont été pratiquées sur 23 animaux, tous des pigeons et des poules, et malgré qu'il en résulte peut-être, sur quelques parties, une corroboration et une amplification de celle de cet otologiste distingué, elles furent pratiquées avant d'avoir lu son petit travail, lequel me fut remis il y a très peu de jours par son auteur, en réponse à une lettre que je lui adressais, à bout de ressource, pour me procurer son petit mémoire. On verra d'ailleurs que nos expériences ont des points absolument originaux.

Nos premiers essais furent faits sur des lapins. Au bout de peu de temps, nous vîmes que ce rongeur ne pouvait servir, car le conduit auditif est long et tortueux, et malgré que le tympan est concave en dehors comme chez l'homme et tendre, et que la cavité de la caisse soit énorme, surtout la paroi inférieure, qui est d'une bien plus grande capacité que celle de l'homme ; comme la tête de l'étrier sort très peu, et cet osselet est extrêmement fragile, il résulte que l'opération est impossible sans pratiquer l'amputation du pavillon et sans ouvrir la paroi postéro-inférieure de la caisse.

A l'imitation de Kessel, nous utilisâmes les pigeons grosse-gorge (kropftaube en allemand), mais l'opération n'était pas facile, car le conduit était trop étroit. Nous nous servîmes alors d'une espèce de pigeon espagnol de grande taille, en choisissant de préférence le mâle parce qu'il possède une tête plus grosse que la femelle et par conséquent le conduit auditif un peu plus large, et en outre, plus tard, nous

expérimentâmes presque exclusivement sur des poulets de grande taille pour les raisons exposées plus haut.

Malgré qu'il eût été préférable de pouvoir expérimenter sur des animaux plus voisins, comme organisation, de l'espèce humaine, nous croyons que les seuls animaux que l'on puisse utiliser pour ces sortes d'expériences, sont les oiseaux en général et particulièrement ceux de grande taille. En effet, chez ces animaux le conduit auditif est très court, le pavillon n'existe pas, l'angle que forme le conduit auditif externe est peu marqué et la *columelle* (l'étrier) est située directement en arrière de la membrane du tympan, ce qui fait qu'elle est de suite visible de même que la fenêtre ovale après la myringotomie.

Néanmoins, l'avulsion de l'étrier n'était pas facile au commencement, à cause du manque d'espace et de l'hémorragie qui quelquefois obstruait complètement la vue, ce qui nous obligeait à pratiquer une profonde incision sur la paroi postérieure du conduit pour mieux voir.

Plus tard, plus familiarisé avec cette opération, nous ne coupions plus le conduit et nons arrachions l'étrier en dilatant d'avance le conduit avec le bout d'un spéculum bivalve de Bonnafont, ou en plaçant un petit entonnoir en métal que nous avions fait construire exprès.

Voici les particularités dignes d'être mentionnées, et que nous avons observées dans l'appareil auditif de ces animaux. La membrane du tympan forme une *convexité* en dehors; les osselets de la caisse n'existent pas, il existe seulement un filament court, fibro-cartilagineux, qui, partant chez les poules du bord supéro-postérieur du cadre tympanique et chez les pigeons du bord postérieur, se dirige, en formant un certain relief, sur la membrane (comme le manche du marteau), vers le centre du tympan, puis il se courbe en dedans sur un angle voisin de l'angle droit, et se continue par une petite tige très grêle, la columelle, qui se dirige vers la fenêtre ovale, et une fois arrivée à une certaine profondeur, elle se termine par une petite platine ovale et cartilagineuse qui repose sur une très mince membrane, la membrane de la fenêtre ovale. L'enclume et le marteau

proprement dit n'existent pas; la première partie de ce filament grêle représente un manche de marteau rudimentaire. D'après cette description, on comprend que l'étrier, chez les pigeons et les poulets, a la forme d'un petit champignon. Le promontoire est quelque peu différent de celui de l'homme, car la fenêtre ovale chez les poules se trouve située à 1 1/2 à 2 millimètres en arrière et en dessous d'une ouverture ovale (qui se trouve à peu près à la place qu'occupe la fenêtre ovale chez l'homme), qui fait communiquer la caisse avec les cellules pneumatiques pariéto-occipitales; en outre, la véritable fenêtre ovale, qui est bien plus petite, se trouve située immédiatement en arrière de ce que nous avons appelé rudiment de manche de marteau. D'ailleurs, avant de couper le tympan, avec un peu d'attention on aperçoit à la place correspondante, sur le tympan, une petite tache plus foncée, c'est l'ouverture de la fenêtre ovale. Chez les pigeons, la fenêtre ovale se trouve un peu plus bas et en arrière (à peu près à la place de la fenêtre ronde chez l'homme), ce qui peut aussi s'apercevoir par transparence à travers la membrane du tympan encore intacte.

Procédé opératoire. — Dilatation du conduit forcée ou application du petit cône, après avoir arraché les petites plumes qui recouvrent le méat. Section du tympan dans toute la circonstance, avec la petite lancette à myringotomie; ou bien, incision transversale en passant par la petite tache foncée. Il est préférable de ne faire que cette dernière incision, malgré qu'il soit plus difficile de voir la petite tige de la columelle en agissant ainsi parce que le traumatisme est bien moindre et la cicatrisation se fait plus rapidement. Si nous avons sectionné tout le tympan à sa circonférence, nous n'avons qu'à le prendre avec de petites pinces, la columelle sort avec le tympan. Mais si nous avons seulement pratiqué l'incision horizontale susdite, nous apercevons de suite la petite tige rosée en arrière de la partie inférieure de l'incision; alors, avec un petit bistouri très recourbé, nous séparons le point d'union de cette tige avec le tympan, et prenons avec de petites pinces la petite tige qui cède au moindre effort sans jamais se casser et au bout de laquelle

se trouve la platine. Dans le cas où l'on ne verrait pas bien la columelle après l'incision, il suffit de déprimer en bas la lèvre inférieure de la plaie, et si cela n'était pas encore suffisant on pourrait se servir d'une lentille biconvexe, que l'on tiendrait devant le méat comme pour les examens du fond de l'œil.

Dans le but de ne pas prolonger inutilement ce travail, je ne fatiguerai pas l'attention de mes collègues en détaillant les nombreuses avulsions d'étrier pratiquées sur les poules et les pigeons dans notre petit laboratoire. Je me bornerai à condenser ici les résultats obtenus, en faisant suivre cette longue communication de quelques conclusions.

Si on ne blesse pas une petite artériole qui se trouve sur la paroi inférieure, près du promontoire, et qui est très superficielle, ce qui produit une hémorragie considérable, la quantité de sang qui s'écoule est généralement nulle ou si insignifiante qu'elle n'atteint souvent pas à une goutte. Immédiatement après avoir pratiqué l'avulsion de l'étrier et même au bout de quelques heures, il ne sort pas la moindre quantité de liquide labyrinthique, car l'entrée du petit vestibule de ces oiseaux est protégée par les membranes ovale et ronde, qui se trouvent, ceci soit dit en passant, placées en dedans de cette ouverture, obliquement inclinées l'une par rapport à l'autre et séparées par une très mince lamelle osseuse située profondément, de sorte qu'il semble au premier abord que la fenêtre ronde n'existe pas. En outre, même si l'on déchire ces deux petites membranes par inadvertance, il ne sort qu'une quantité insignifiante de périlymphe, parce que celle-ci se trouve contenue tant dans le vestibule comme un limaçon et dans les canaux semi-circulaires, dans des cavités capillaires non élastiques et non contractiles dont les parois extérieures sont rigides et par conséquent l'adhésion moléculaire et la pression atmosphérique en empêchent la sortie. Si nous voulons faire couler la périlymphe à l'extérieur, il est nécessaire de l'aspirer avec un tube capillaire en verre que nous pouvons fabriquer sur le moment, et avec lequel nous travorsons une de ces membranes.

Dans tous les cas, l'animal, immédiatement après l'opération, *ne chancelle pas* en marchant, ni ne tombe ; la locomotion, le vol et la position de la tête sont toujours absolument normaux. Il existe seulement un léger abattement, avec diminution de l'appétit, qui dure quarante-huit heures, mais *sans le moindre désordre dans la coordination des mouvements*. Si nous ne pratiquons qu'une incision transversale du tympan, les bords de la plaie se réunissent en dix ou douze jours, mais si nous faisons la circoncision du tympan, celui-ci met près d'un mois à se régénérer complètement. La suppuration consécutive, qui survient quelquefois, n'empêche pas le moins du monde la cicatrisation ; dans ce cas, le pus est épais, caséeux même. Même dans les cas où nous perforons les membranes ovale et ronde et aspirons le liquide labyrinthique, au bout de quelques jours la perforation de ces membranes est comblée, ce mode de cicatrisation s'effectue sans le moindre obstacle, même si nous avons déchiré ces membranes en divers sens. Ces procédés régénératifs, tant sur le tympan que sur les membranes ronde ou ovale, se font concentriquement de la périphérie au centre de manière que sur le tympan, par exemple, on commence par voir un anneau périphérique, qui grandit peu à peu, laissant, peu de temps avant de se séparer complètement, un petit trou au centre de cette membrane qui finit par se fermer aussi bientôt, dix à douze heures après le traumatisme, et quelquefois avant la réaction inflammatoire apparaît ; toute la caisse se congestionne vivement de même que la membrane, les tissus s'infiltrent et s'épaississent considérablement jusqu'à avoir trois ou quatre fois leur épaisseur normale ; la muqueuse des alentours de la fenêtre ovale et des bords de cette fenêtre s'hypertrophie considérablement et le tissu embryonnaire de nouvelle formation, non seulement comble complètement la cavité de cette fenêtre, mais encore il forme à ce niveau un petit relief les premiers huit ou dix jours. Plus tard, ce tissu décroît, la muqueuse s'amoindrit et *finalement la fenêtre ovale reste protégée par une nouvelle membrane ovale qui la double* et la rend bien plus résistante, et qui forme une petite dépression rougeâtre. Sa

plus grande résistance s'observe de suite en essayant de la percer de nouveau.

Quant à l'acuité auditive de ces animaux après avoir extrait les deux columelles, voici ce qui arrive : immédiatement après l'opération, l'animal entend, mais il entend à une bien moindre distance, c'est-à-dire à un mètre à peu près pour les cris et les sons forts ; bientôt après, l'audition diminue pendant quelques jours (de huit à douze selon le traumatisme) pour revenir à la distance d'un mètre après ce laps de temps. Nous ferons observer ici que l'examen de l'acuité auditive, chez les animaux, doit nécessairement être grossier et superficiel, car nous croyons qu'il est très difficile d'imaginer un moyen d'épreuve satisfaisant. Un fort bruit, produit à proximité, occasionnait quelquefois un mouvement brusque de la tête de la poule ou du pigeon opérés, mais comme dit avec raison Ferrier, ces mouvements peuvent être considérés comme des phénomènes réflexes de la même nature que ceux qu'observa Flourens sur les pigeons privés d'hémisphères cérébraux, quand il tirait un coup de pistolet à côté de leur tête.

Par conséquent, dans le but d'éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreur, nous évitâmes en premier lieu que la vue (ce sens est plus parfait chez les oiseaux que chez nous) ne leur servît d'auxiliaire, et ayant habitué d'avance les nouveaux animaux, qui arrivaient en cage, à se familiariser avec la voix de la personne qui les soignait et qui les appelait toutes les fois, sans que les poules pussent la voir, avant de leur donner à manger ; je plaçais cinq poules, opérées des deux oreilles, dans une cage couverte de tous les côtés excepté un où existait une grande ouverture par où pénétrait la lumière, je plaçais donc cette ouverture contre une autre semblable pratiquée sur une fenêtre. Cette fenêtre était placée à l'extrémité d'un long couloir tranquille et isolé des bruits extérieurs de la rue, et en outre les portes étaient fermées. Dans ces conditions, et en ayant grand soin que dans la cage il n'y eût pas d'autres animaux non opérés ou incomplètement opérés, qui pussent donner l'éveil aux autres et ces poules ne pouvant pas me voir car la chambre

était complètement dans l'obscurité, et en outre en profitant des moments où quelqu'un de ces animaux était endormi la tête sous le plumage, nous les faisions appeler à différentes distances. Il en résulta que les poules, qui avant ces expériences entendaient la voix de ma servante à 6 ou 7 mètres, ne l'entendaient maintenant qu'à un mètre à peine. J'observais les mouvements que faisaient ces oiseaux de basse-cour quand ils entendaient quelque chose, par une petite fente pratiquée sur la toile imperméable qui recouvrait la cage. Si nous proférions un petit cri près de l'une des poules qui sommeillaient, en prenant la précaution d'interposer entre sa tête et notre bouche un morceau de papier pour éviter qu'elle ne pût percevoir le petit courant d'air qui s'échappait de notre bouche (il y avait aussi la toile qui empêchait l'air de circuler dans ce sens), la poule se réveillait brusquement chaque fois que nous répétions cette expérience. Il n'y avait donc pas le moindre doute sur l'ouïe de ces animaux. Les pigeons opérés et placés dans les mêmes conditions se réveillaient aussi, et en outre quand nous restions à proximité, ils mouvaient la tête dans différentes directions, paraissant chercher l'origine du son. Nous répétâmes encore ces expériences sur quelques autres animaux du même genre, et les résultats furent toujours les mêmes.

Sur deux poules opérées, depuis deux mois, d'avulsion des deux étriers, et chez lesquelles le tympan était cicatrisé depuis plus d'un mois, et sans adhérence au promontoire (chose fréquente), la distance auditive étant d'un mètre à peu près pour la voix haute, nous pratiquâmes une petite perforation sur la membrane du tympan des deux côtés. La distance auditive nous paraît augmenter seulement de 30 centimètres sur une d'elles, et sur l'autre nous ne pûmes apprécier la moindre amélioration, la distance d'un mètre persistant invariable malgré la perforation.

Comme il pouvait arriver que les poules entendissent par les parois craniennes, qui sont très spongieuses et en majeure partie pneumatiques (le labyrinthe se trouvant compris dans ces espaces aériens), je produisis l'ankylose des deux fenêtres ovales (c'est-à-dire de cette petite ouverture

ovale qui aboutit aux deux fenêtres ovale et ronde par où passe le filament de la columelle que nous avons déjà décrit) artificiellement, de la façon suivante : je connaissais l'énorme pouvoir ostéogénique des tissus de tous les gallinacées par d'autres expériences que j'avais quelques années auparavant exécutées dans un autre but (mes travaux sur la régénération des os); je ponctionnais donc le périoste qui entoure la fenêtre ovale avec une fine aiguille, en divers points, tous les cinq ou six jours, à travers une très petite ouverture du tympan. Avant un mois, l'ossification avait complètement bouché cette ouverture ovale en englobant la columelle qui s'ossifia aussi. Par ce résultat de la stimulation énergique du périoste, la voie de conduction des sons par cette fenêtre restait complètement interceptée et se trouvait par conséquent dans des conditions analogues à la voie cranienne. Il fallait maintenant vérifier si dans ces conditions les poules entendaient plus ou moins qu'avec l'étrier ou columelle arraché. Les deux poules et le pigeon, qui avaient les deux fenêtres ossifiées, entendaient à une bien moindre distance (de 20 à 40 centimètres), à ce qu'il nous sembla, que ceux qui n'avaient pas de columelle d'aucun côté, la fenêtre ovale étant libre.

Il nous arrive souvent que quand l'excitation du périoste du promontoire, qui entoure cette petite ouverture ovale, n'est pas accentuée, la fenêtre ovale ne fait que se rétrécir plus ou moins en laissant quelquefois une très petite ouverture par où passe juste la petite tige de l'étrier. Alors, il arrive toujours, ou presque toujours, que la platine de l'étrier, située plus profondément, s'ossifie complètement, augmente beaucoup d'épaisseur et se soude complètement avec la véritable fenêtre ovale située au fond. Ceci expliquerait le mécanisme de certaines ankyloses de l'étrier chez l'homme sans invoquer une maladie spéciale, mais simplement par une propagation à distance de l'inflammation au périoste de la base de l'étrier et des contours de la fenêtre ovale dans les inflammations profondes de la muqueuse.

Si on pouvait dans beaucoup de cas maintenir le promontoir et l'étrier libre en détruisant les osselets et le tympan,

dit Gellé, on rendrait un grand service aux sourds. Dans ce cas, à quoi servirait l'étrier en place si la chaîne des osselets ne devait pas le faire mouvoir? Les vibrations de la membrane do la fenêtre ovale seraient bien plus difficiles en portant attaché à elle le poids de l'étrier, que si elle était libre pour les vibrations extérieures. Cet argument que nous nous faisions, nous fit mettre à exécution l'expérience suivante sur deux poules. Sur l'une d'elles, nous séparâmes le tympan à son insertion, puis nous coupâmes la petite tige de la columelle au point d'émergence dans la caisse; sur l'autre, nous séparâmes le tympan et la columelle. Nous savions d'avance, comme dans toutes les autres expériences, que les deux animaux entendaient à 6 mètres. Nous mîmes ces deux poules dans la cage dont nous avons parlé plus haut, et les faisant appeler à un peu plus d'un mètre, elles n'entendaient rien et ne se réveillaient pas. Mais le bruit d'un cornet à piston réveillait à cette distance la poule à qui j'avais en même temps extrait les deux columelles, tandis que l'autre n'était réveillée qu'à une distance de moins de 60 centimètres.

Quant à la mortalité pour toutes ces opérations, nous nous limiterons à dire que nous ne prîmes pas la moindre précaution antiseptique, et malgré cela, des vingt-trois animaux opérés, il n'en mourut aucun ni aucun ne fut vraiment malade, même dans les cas où nous avions pénétré plusieurs fois dans le vestibule ou aspiré le liquide labyrinthique comme Kessel.

Si nous sommes entré dans des détails trop ennuyeux en décrivant nos expériences, notre seul but a été de faciliter la certitude que nous désirons vivement, des conclusions suivantes :

1° L'avulsion de l'étrier chez les animaux expérimentés (lapins, poules et pigeons) est une opération complètement inoffensive ;

2° Si l'on déchire ou si l'on ne déchire pas les membranes ovale et ronde, s'il sort ou s'il ne sort pas de liquide labyrinthique, il se forme toujours après l'extraction de l'étrier ou de la columelle une nouvelle membrane plus épaisse ;

3° Tous les animaux opérés d'avulsion de l'étrier entendent bien, mais à moindre distance et probablement par les membranes des fenêtres ronde et ovale ;

4° Les animaux à qui on a supprimé l'étrier et toutes les autres pièces de l'appareil mécanique de l'audition, les membranes ovale et ronde étant saines de même que le labyrinthe, entendent mieux que ceux qui, se trouvant dans les mêmes circonstances, ont la fenêtre ovale ankylosée ;

5° Chez les animaux qui n'ont ni tympan ni columelle, l'audition est un peu meilleure que chez ceux à qui, à circonstances égales, on a laissé l'étrier en place en supprimant le tympan ;

6° Si nous enflammons incomplètement les alentours de la fenêtre ovale, malgré que celle-ci ne fasse que se rétrécir un peu, la platine de la columelle s'ossifie et se soude au pourtour des bords de la vraie fenêtre ovale, située plus profondément ;

7° S'il était possible de bien exécuter, comme sur les oiseaux, cette opération sur l'homme, elle serait probablement aussi complètement inoffensive, une fois régularisé son manuel opératoire, mais en prenant naturellement les précautions antiseptiques les plus rigoureuses dans ce dernier cas ;

8° L'observation que nous avons publiée au commencement de ce travail est presque une preuve absolue de la vérité de ce que nous venons d'affirmer dans la conclusion antérieure ;

9° Les osselets et le tympan ne sont pas indispensables à l'audition, ils ne font que renforcer l'intensité des incitations sonores, ce qui revient au même qu'augmenter aussi la distance de la perception (1);

(1) A la question qu'en 1825 se posait le physicien français F. Savart : à quoi servent le tympan et le osselets? l'impression sonore ne pourrait-elle pas agir directement sur les membranes ovale et ronde ? Helmholtz a répondu par une hypothèse très vraisemblable en disant : La réunion des osselets et du tympan a pour but, au point de vue mécanique, de transmettre le mouvement de la surface relativement étendue du tympan à la surface relativement bien plus petite de la fenêtre ovale. Le diamètre vertical du tympan étant de 9 à 10 millimètres et le diamètre horizontal

10° Malgré que, par hasard ou par accident, nous ayons pratiqué l'avulsion de l'étrier chez l'homme, nous ne nous proposons pas d'en tirer comme dernière conclusion que l'on doive essayer de pratiquer sans crainte cette opération sur nos semblables, parce que les expériences doivent être bien plus nombreuses encore pour entrainer la conviction générale et que, en outre, dans l'état actuel de l'otologie, cette opération est presque impossible avec les moyens actuels, car l'étrier se trouve presque toujours caché à nos regards, et qu'on n'en peut voir, dans les cas favorables, qu'une petite partie. Mais si ces expériences se confirmaient solidement, et d'autre part que l'on obtînt de bien voir chez l'homme l'étrier et les alentours de la fenêtre ovale au moyen d'une élimination spéciale, en ayant préalablement pratiqué sur le tympan une ouverture suffisante, cette opération serait probablement pour l'homme aussi peu grave qu'elle l'est pour les poules (1), même en considérant que nos semblables,

de 8 à 9 millimètres et n'ayant seulement que 1 à 6 millimètres pour 3 millimètres respectivement les diomètres de la membrane ovale, il résulte évidemment que la surface du tympan est de 15 à 20 fois plus étendue que celle de la fenêtre ovale. Le problème mécanique résolu par le tympan et les osselets consiste donc simplement en la transformation d'un mouvement de grande amplitude et de peu d'énergie en un autre mouvement de moindre amplitude mais doué de plus de force vive qui agit sur le liquide labyrinthique. Voici un problème analogue à celui que nous résolvons tous les jours avec différents appareils mécaniques comme le levier, la poulie, etc.; mais le procédé ici employé, ajoute le professeur Helmholtz, est plus original et complètement différent. Il paraît résulter de notre longue citation, que la distance auditive normale, pour la voix moyenne, étant de 20 à 22 mètres dans une chambre silencieuse, si le tympan et les osselets n'existaient pas, la distance auditive serait alors réduite à 1 mètre. Dans ce cas, l'individu qui entend parfaitement à cette distance, ou à peu près, ne se trouve déjà plus isolé de la société des hommes, car il peut parfaitement communiquer par la parole avec ses semblables. Si tous les sourds pouvaient obtenir ce mètre d'acuité auditive, ils se trouveraient à coup sûr très satisfaits, et avec raison.

(1) L'avulsion de l'étrier a son opération analogue dans l'extraction de la cataracte, que pratiquent journellement les oculistes depuis plus de cent ans, parce que, comme dans cette dernière, il s'agit de séparer l'obstacle qui empêche le passage de vibrations extérieures sur un nerf sensoriel. Aujourd'hui, l'opération de la cataracte est une opération qui n'a pas même une mortalité de 1/2 pour 100, et malgré cela l'écoulement de la périlymphe est bien plus *difficile* que celui de l'humeur, car le premier se trouve dans des cavités capillaires d'où il ne peut sortir, comme nous l'avons déjà dit, tandis que le liquide de l'œil est moins bien protégé et plus sujet peut-être à l'inflammation ultérieure. A ce qui paraît donc, le jour où l'on pourra rendre pratique l'avulsion de l'étrier, cette opération sera, pour l'otologie, l'opération de l'avenir.

étant des animaux, ne soient pas certainement des poules et des pigeons.

Nous ne donnons pas ces conclusions comme définitives, car nous reconnaissons que nos expériences sont peut-être imparfaites, mais nous nous réservons le droit de les répéter, de les reprendre d'une autre manière, de les perfectionner même plus tard si nos occupations nous le permettent. Dans ce dernier cas, nous en ferons l'objet d'un nouveau travail plus complet, plus précis, qui entraînera peut-être plus facilement la conviction que celui que nous avons l'honneur de soumettre au jugement éclairé de nos confrères.

BIBLIOGRAPHIE

Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitives et secondaires), par le Dr N. Olympitis. *Thèse Paris*, 1890.

L'histoire de la tuberculose de la muqueuse nasale est pauvre en documents. Elle est en effet de date récente. Avec les progrès dans la connaissance de causes, marchent ceux de l'étude de leurs diverses localisations; aussi le nombre des faits publiés augmente-t-il chaque jour.

Pour avoir été négligé jusqu'ici la tuberculose de la muqueuse nasale n'en constitue pas moins un chapitre fort intéressant de la pathologie du bacille de Koch. C'est là le point que M. le docteur Olympitis s'est attaché à bien mettre en relief, dans sa thèse inaugurale, qui constitue le travail le plus complet, que nous possédions sur la question. Il y a parfaitement réussi, et nous croyons intéressant de résumer ici brièvement les principales lignes de cet important mémoire.

Sans parler de la forme aiguë, dont on n'a encore publié qu'un cas, la forme chronique peut se présenter sous deux grandes modalités nosologiquement fort différentes. Tantôt, elle constitue la manifestation inaugurale de la tuberculose, dont elle représente le foyer de germination originel, tantôt elle n'est qu'un

épiphénomène, au cours d'une tuberculose pulmonaire, plus ou moins avancée.

Dans ce dernier cas, la lésion nasale reconnaît comme origine l'auto-inoculation, et cliniquement revêt le même aspect que les lésions tuberculeuses, reconnaissant d'ailleurs un mécanisme identique, qui s'observent quelquefois à la période terminale de la phtisie.

Il s'agit d'ulcérations à bords souvent peu saillants, décollés, quelquefois parsemés de tubercules satellites, ordinairement plats, quelquefois, au contraire, reposant sur une base infiltrée (variété infiltro-ulcéreuse). Les premières observations complètes, sont dues à M. Laveran. Quelquefois on rencontre de gros tubercules caséeux. (Weichselbaum.)

De même que la tuberculose primitive, de même aussi que d'autres processus d'origines diverses, la tuberculose chronique siège le plus souvent à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, empiétant plus ou moins, suivant les cas, sur le plancher, ou sur la sous-cloison. Ces ulcérations sont peu douleureuses, sauf quand elles atteignent la sous-cloison ; elles donnent assez souvent lieu à de légers suintements sanguins.

La forme primitive est plus intéressante : 1° par ses *caractères évolutifs :* elle est en effet fort tenue et difficilement curable ; 2° par ses *aspects cliniques variés :* le plus souvent, comme c'est le cas pour le larynx, la tuberculose de la muqueuse nasale se présente sous la forme de tumeurs polypeuses plus ou moins nettement pédiculées ; d'autres fois la tuberculose, surtout chez l'enfant, revêt le masque complet de l'ozène, avec son odeur spéciale, l'atrophie si particulière des cornets, etc. Demme, qui a signalé cette forme, insiste sur l'intérêt qu'il y a à examiner au point de vue bacillaire le sécrétum de l'ozène chez les jeunes gens ; 3° par ses complications qui se produisent, en raison des rapports anatomiques et physiologiques du nez, soit du côté des méninges, soit du côté des poumons.

Nous ne ferons que signaler les pages consacrées au lupus primitif de la muqueuse nasale, à l'étiologie de la tuberculose du nez, au diagnostic différentiel, etc. Pour le traitement, M. le Dr N. Olymptis recommande le curettage et l'acide lactique. Par cette méthode seule on a obtenu quelques résultats.

Comme on peut s'en rendre compte par ce court aperçu, ce travail constitue une contribution fort importante à l'étude des localisations du bacille de Koch sur la muqueuse du nez. Aussi

sera-t-il consulté avec beaucoup de fruit, par tous ceux qui s'intéressent à cette question. PAUL TISSIER.

Traité d'otologie (Lehrbuch der Ohrenheilkunde), par le professeur V. Urbantschitsch. (3e édition, 1890; chez Urban et Schwarzenberg, éditeurs à Vienne.)

L'auteur, dans la troisième édition de son *Traité d'otologie*, divise d'une façon générale son sujet de la même manière que dans la deuxième édition parue en 1884; mais la troisième édition s'est augmentée de tous les travaux tant soit peu importants publiés depuis lors.

L'introduction traite de l'examen des différentes parties de l'organe de l'ouïe et de la thérapeutique auriculaire en général. Puis viennent, dans différents chapitres : l'anatomie, la physiologie, la pathologie et le traitement : 1° du pavillon de l'oreille; 2° du conduit auditif externe; 3° du tympan; 4° de la trompe (avec la pathologie des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne); 5° de la caisse; 6° de l'apophyse mastoïde; et 7° de l'oreille interne.

Dans un appendice, on trouve encore trois paragraphes où il étudie l'oreille au point de vue de la médecine légale; puis une note sur l'appréciation des affections musculaires par les compagnies d'assurances, et enfin l'énumération des maladies de l'oreille qui, d'après la loi militaire autrichienne, exemptent du service.

Ne pouvant pas analyser tout l'ouvrage, nous en relèverons seulement quelques passages, surtout ceux qui contiennent des idées personnelles de l'auteur et, pour le reste, nous nous bornerons à dire que chaque question est traitée avec une grande objectivité et aussi complètement que possible. Un historique très complet précède chaque sujet. Aucun travail important n'est oublié, et la littérature otologique de toutes les nations, notamment la littérature française, est citée avec grand soin. Urbantschitsch rapporte impartialement les opinions des auteurs en leur laissant le mérite et la responsabilité de leurs idées.

Examen de l'organe de l'ouïe. — Urbantschitsch se sert d'un miroir concave éclairé par la lumière électrique et construit par Reiner, d'après les indications du Dr Clar. Cet appareil permet un examen binoculaire. Il cite ensuite les moyens optiques auxiliaires pour le grossissement et la démonstration de l'image du tympan.

En parlant de l'ouverture de la trompe pendant la phonation et la déglutition, il rappelle ses expériences faites à l'aide d'un manomètre métallique.

Il a aussi observé qu'au moment du bâillement, une simple compression des narines suffisait pour introduire de l'air dans la caisse.

En citant les accidents qui peuvent survenir par suite de l'insufflation de Politzer, Urbantschitsch mentionne un cas de parésie passagère des extrémités supérieures et inférieures.

Pour le tubage de la trompe, il se sert des bougies en celluloïde. Il décrit en détail le procédé de leur introduction.

Page 28, Urbantschitsch parle des différents bruits qu'on entend à l'aide de l'otoscope pendant qu'on insuffle de l'air dans la trompe, et il les apprécie à leur juste valeur, à l'encontre de Rossa qui, dans son *Traité d'otologie*, nie complètement l'importance de l'auscultation de l'oreille.

Urbantschitsch ajoute, à la fin de ce passage, qu'on ne peut souvent pas se rapporter aux sensations qu'éprouve le malade. En effet, tel malade croit sentir l'air entrer dans la caisse quand la sonde n'est pas dans la trompe, et tel autre ne ressent rien par suite d'une anesthésie de la muqueuse de la trompe et de la caisse, bien que l'air y entre librement.

Un long paragraphe est consacré à l'examen fonctionnel de l'ouïe pour les sons transmis par l'air et pour les sons transmis par l'os.

Au sujet de l'expérience de Weber, après avoir mentionné les théories connues de Mach, Politzer, Lucae et Bezold, qui cherchent à expliquer le phénomène de l'unilatéralité de la perception du diapason vertex, il parle de la théorie récente émise par Steinbrügge, d'après laquelle l'augmentation de la perception cranienne serait due à l'hyperesthésie du nerf acoustique. Cependant Gradenigo a objecté à cette dernière théorie, avec juste raison, que l'hyperesthésie électrique ne coïncidait pas toujours avec une augmentation fonctionnelle du nerf acoustique.

Pour ce qui est de l'expérience de Rinne, l'auteur partage l'opinion de Schwabach et d'Eitelberg qui, à l'encontre de Bezold, n'attribuent à cette expérience aucune valeur diagnostique. Elle peut, selon lui, donner dans la même affection de l'oreille des résultats différents selon les points du crâne sur lesquels on applique les diapasons et selon la hauteur des sons des diapasons employés.

Le paragraphe : « Généralités sur le traitement des affections

de l'oreille externe et de l'oreille moyenne », et celui qui contient un : « Aperçu du traitement des maladies des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne », donnent une idée très nette de tous les procédés thérapeutiques en usage.

Remarquons seulement que les liquides conseillés pour faire des injections nasales : acide phénique, 1 à 2 0/0, permanganate de potasse et créoline, 2 à 10 0/00, sont difficilement supportés par les malades à cette concentration.

A la fin de l'introduction qui est, comme on le voit, très longue, on trouve un paragraphe sur la désinfection des instruments, un autre sur les cornets acoustiques, et un troisième sur la technique de dissection de l'organe de l'ouïe. Pour des études anatomo-pathologiques plus détaillées, Urbants recommande le traité de dissection de Politzer paru l'année dernière.

CHAPITRE Ier

Pavillon de l'oreille.

Urbantschitsch n'envisage pas l'othématome comme une maladie qu'on trouverait exclusivement chez les aliénés; mais il croit que l'othématome est, le plus souvent, dû à des altérations du cartilage.

Dans l'eczéma chronique du pavillon, il recommande une pommade à la créoline (0,1 à 0.5 : 10) ou à la créoline salicylée.

Dans les gonflements douloureux qui accompagnent parfois l'eczéma chronique, il préconise des douches de pluie qui, appliquées 2 à 3 fois par jour, soulagèrent beaucoup le malade.

A la page 83 l'auteur mentionne tous les cas connus de gangrène du pavillon de l'oreille.

CHAPITRE II

Conduit auditif externe.

Dans la pathologie du conduit, Urbantschitsch parle des arrêts et des excès de formation, des anomalies de grandeur, des adhérences de ses parois, des fractures, des affections des glandes sébacées et cumminélisées, et là il mentionne les symptômes réflexes qui peuvent être occasionnés par l'accumulation de

cérumen tels que douleurs, troubles moteurs et psychiques, toux convulsions.

Dans un cas rapporté par Kiesselbach, le bouchon de cérumen, au lieu de diminuer l'audition, avait, au contraire, agissant comme tympan artificiel, amené une amélioration de l'ouïe.

Dans le paragraphe qui traite des hémorragies du conduit, Urbantschitsch cite aussi les observations d'hémorragie récursante survenue au moment de la menstruation rapportées par Ferreri, Stépanow, Eitelberg et Gradenigo.

A l'occasion de l'étiologie de l'otite externe circonscrite, les recherches bactériologiques de Löwenberg, Schimmelbusch, etc., trouvent leur place.

D'après l'auteur, les *inflammations sympathiques* de l'oreille externe ne sont pas rares ; elles surviennent 3 à 5 jours après l'affection primitive d'un conduit aux points sympathiques de l'autre conduit. Urbantschitsch a vu dans un cas d'otite circonscrite les cheveux de la région temporale tomber et, dans un autre cas, se décolorer.

Parmi les moyens de traitement de l'otite externe circonscrite, l'auteur mentionne le massage et la pression continue exercée sur les parois malades à l'aide de tampons d'ouate enduits d'onguent napolitain ou au moyen de petits drains. Il mentionne de plus les instillations avec de la glycérine phéniquée, avec l'acétate d'aluminium (Grosch), avec le liquide de Burow (Zaufal), etc.

Il a abandonné l'incision précoce qui ne soulage pas le malade.

En parlant des phénomènes réflexes occasionnés par l'irritation de la branche auriculaire du pneumogastrique, il cite la toux et les vomissements qui parfois surviennent par la simple action de l'air sur le conduit et qui disparaissent dès que le malade bouche l'oreille.

Urbantschitsch a observé chez un confrère une diminution du sens du goût par suite d'un tamponnement du conduit.

Dans un autre cas, le malade aurait observé une éjaculation de sperme sans érection toutes les fois qu'il se grattait le conduit.

CHAPITRE III

Le tympan.

Pour l'embryologie Urbantschitsch renvoie à ses recherches et à celles de Gradenigo.

On trouve décrites les anomalies de formation, d'adhérence, de surface (concavité et convexité anormales) et leur traitement, les perforations, leur diagnostic et traitement (myringoplastie de Berthold, application de la peau de grenouille de Baratoux et Dubousquet-Laborderie), l'épaississement, l'atrophie, les hémorragies (surtout celles dues à l'influenza) et finalement les inflammations (myringite) et les tumeurs du tympan.

CHAPITRE IV

Trompe d'Eustache.

Ici il faut surtout citer la description du rétrécissement et de la dilatation de la trompe et l'inflammation de ses parois.

On trouve comme appendice de ce chapitre un aperçu sur les maladies des fosses et des arrière-fosses nasales qui contient tout ce qui peut intéresser l'otologiste.

CHAPITRE V

Caisse du tympan.

Ce chapitre est le plus important de tous. On y trouve d'abord une description anatomique des plus détaillées des parois de la caisse et des osselets.

Le paragraphe qui concerne les hémorragies est très complet. Pour ce qui est des inflammations de la caisse du tympan, l'auteur en distingue deux formes : la forme superficielle et la forme profonde. A la première appartiennent le simple catarrhe, le croup et l'inflammation desquamative. Dans la forme profonde qu'il désigne sous le nom d'inflammation phlegmoneuse, il distingue trois degrés; le plus fort est la tympanite diphtéritique. Il traite chacune des formes séparément.

Dans l'étiologie de ces inflammations, Urbantschitsch men-

tionne les recherches microbiologiques faites par Zaufal, Netter, Weichselbaum, etc.

En parlant du traitement du catarrhe chronique de la caisse, l'auteur insiste de nouveau sur l'importance du tubage qu'il emploie non seulement dans les cas de rétrécissement de la trompe, mais aussi dans les cas où la trompe est libre et où le tubage n'agissait que comme massage.

Dans le paragraphe qui traite de la tympanite desquamative, Urbantschitsch parle de l'origine des masses épithéliales qu'il envisage avec Troeltsch et Wendt comme des produits inflammatoires à l'encontre de Lucae qui les regarde comme des tumeurs perlées (cholestéatome).

Les complications de l'inflammation phlegmoneuse purulente sont décrites avec les détails que comporte cette question importante.

Deux pages sont consacrées aux inflammations de la partie supérieure de la caisse : l'*attic des Américains*.

Relevons encore, dans ce chapitre, les névroses primitives et secondaires de la caisse. Parmi les névroses primitives Urbantschitsch compte l'otalgie tympanique, les trophonévroses de la caisse et certaines affections du facial du trijumeau et du grand sympathique.

Quant aux névroses secondaires, il distingue celles qui concernent les nerfs traversant la caisse (le facial et surtout la corde du tympan) et celles qui sont d'origine réflexe.

En parlant des névroses de la corde du tympan, Urbantschitsch mentionne ses propres recherches faites sur 50 malades. Il a trouvé que les anomalies du goût sont fréquentes à la suite des otites suppurées et occupent non seulement le rayon du nerf lingual, mais aussi celui du glossopharyngien.

Quant aux réflexes déterminés par la caisse, il faut distinguer ceux qui sont exercés sur les organes des sens, notamment sur la vue ; ceux qui concernent le trijumeau ; puis les réflexes moteurs, surtout dans le domaine des muscles de l'œil (nystagmus, parésie du pathétique, strabisme, rétrécissement et dilatation de la pupille, etc.); les réflexes trophiques et les réflexes psychiques.

Dans le paragraphe qui traite des affections des osselets, la mobilisation de l'étrier, telle qu'elle est pratiquée par Boucheron et Miot, n'est citée que sommairement.

Le VI[e] chapitre est consacré à l'*apophyse mastoïde*.

L'anatomie, la pathologie et le traitement opératoire de ses

affections sont décrits avec une clarté et avec tous les détails que comporte ce sujet important.

Dans le VIIe chapitre, l'auteur s'occupe de l'*oreille interne*.

Dans ce long chapitre nous voudrions seulement signaler la description de l'origine et du trajet du nerf acoustique telle qu'elle a été faite en 1886 par Freud, et le paragraphe qui a trait à la physiologie de l'oreille interne. Dans ce paragraphe on trouve résumés plusieurs des travaux que l'auteur à publiés dans le temps dans l'*Archiv de Pflüger* et qui concernent différents phénomènes psycho-acoustiques : la diminution de la perceptibilité pour un son déterminé, après l'action de ce son ; le champ acoustique subjectif qui ordinairement est distinct pour chaque son, de sorte que le son le plus aigu est ressenti dans la région frontale, et le son le plus grave dans l'occiput, tandis qu'aux sons intermédiaires répondent des champs acoustiques groupés l'un après l'autre ; les phénomènes acoustiques inconscients ; l'influence de l'excitabilité du sens acoustique d'une oreille sur la fonction auditive de l'autre, etc.

Urbantschitsch explique le phénomène de l'hyperacousie de Willis, par le fait que chaque irritation acoustique augmente la perceptibilité de l'organe de l'ouïe.

L'hyperacousie de Willis est, d'après l'auteur, un symptôme physiologique, et chez les sourds où on l'observe, elle ne devient pathologique que parce qu'il faut des actions sonores plus fortes pour la provoquer.

Le phénomène de l'hyperacousie peut parfois se prolonger longtemps après l'action des bruits ambiants (il l'a constatée chez un confrère durant 24 heures après chaque voyage en chemin de fer) et ce fait seul parle contre l'hypothèse d'après laquelle l'hyperacousie serait due à de fortes commotions des osselets.

Dans le même paragraphe, Urbantschitsch parle encore des excitations réflexes du sens auditif par l'excitation de nerfs sensitifs surtout par ceux du trijumeau, et il mentionne de plus les réflexes moteurs, sensitifs, vasculaires et sensoriels provoqués par l'excitation du sens auditif.

Ce n'est pas une analyse de l'ouvrage d'Urbantschitsch que nous avons voulu donner, mais nous tenions surtout à faire ressortir quelques-unes des opinions de l'auteur basées sur ses propres recherches qu'il est difficile de retrouver dans son livre où elles sont mentionnées indistinctement avec les opinions des autres auteurs sans les faire ressortir suffisamment.

Le traité d'Urbantschitsch, nous le répétons, est écrit avec une

objectivité scrupuleuse, et en cela il se distingue des autres traités d'otologie parus dans ces dernières années qui ne contiennent, le plus souvent, que les idées plus ou moins personnelles de l'auteur ; la subjectivité d'un ouvrage convient plutôt à une monographie qu'à un traité.

On peut dire que le livre d'Urbantschitsch est l'ouvrage collectif le plus complet qui ait paru en otologie.

LICHTWITZ.

Revue bibliographique de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, par STANISLAS DE STEIN, aide prosecteur à l'Université de Moscou. Tome I a. 1890.

La publication de M. de Stein, comprenant dans un ordre chronologique tout ce qui a été écrit sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil auditif, depuis l'antiquité et jusqu'à nos jours, doit rendre des services inappréciables à tous ceux qui font des études sur l'oreille. La plupart des ouvrages sont non pas simplement indiqués (lieu de publication, titre détaillé, page), mais complètement analysés et cela avec une clarté remarquable ; les passages importants sont en outre rapportés dans la langue de l'original. C'est ainsi que l'auteur procède pour les œuvres capitales de Purkinje, Itard, Breschet, Flourens, Corti, Hyrtl, etc., etc. Pour les autres nous trouvons les conclusions, les expériences ou enfin un jugement sur l'ensemble de l'œuvre et l'auteur ainsi atteindra bien son but, qui est d'épargner la lecture de nombreux volumes pour trouver un fait, une phrase qui peut être utile. Pour donner une idée de la forme originale de cette revue, nous ne pouvons faire mieux que d'en citer quelques exemples pris au travers du livre.

DOMINICI DE MARCHETTIS PAVINI. Anatomia 1re édit. Paduae. Editio Hardevici p. 217. De auribus an 1652, affirme le premier que la membrane du tympan est normalement perforée. Ont partagé cette opinion Munniks (1697), Rivinus (1717), Schott (1719), Kulm (1724), Peichmeister (1727), Vest (1819) ; ont démontré l'erreur, Valsalva (1704), Ruysch (1710), Bosc (1725).

NICOLAUS STENONIUS (stensen, steno, stenon). De glandulis oris et nuper observatis inde prodentibus vasis. Leidae 1665, p. 87. . . . . 1665 est le premier à observer les glandes cerumineuses ; l. c. Morgagni 1727 IV. 3.

TH. WILLIS De anima brutorum, Genev. 4°. . . . . 1674 suppose la communication des deux rampes du limaçon ; du même avis

après lui Bartolo Delsuono, Morgagni, Noguer (1732), Winslow (1723); démontrée par Cassebohm, Cotugno, Breschet.

Du Verney. Observation sur l'organe de l'ouïe. Mém. de Paris. Vol. 1, p. 395. Traité de l'organe de l'ouïe, contenant la structure, les usages et les maladies de toutes les parties de l'oreille. Edit. à Leide 1731. 1683
Ce travail a fait époque dans l'histoire de l'otiatrie. Examen systématique do l'anatomie, physiologie et pathologie de l'oreille. Il a été le premier à établir la classification symptomatique des maladies de l'oreille, et a classé les maladies suivant les diverses parties de l'organe de l'ouïe. Cette idée a été plus tard reprise par Itard (1821). Du Verney a fait pour la pathologie ce que Schelhamer a fait pour la physiologie et Valsalva pour l'anatomie.

Kessler. Uber die natur der sinne. Iena u. Leipzig S. 180. Schall. 1805
Suite de raisonnements fantastiques. Pas un fait. Voici un exemple de la logique de cet auteur : « chez les oiseaux l'ouïe est développée à la perfection, parce que les chaînes de l'existence terrestre sont ici rompues », s. 210. C'est pour la même raison que les oiseaux ont le sens musical.

Hyrtl. Ein neuer Ohrmuskel. Mediciniche Jahrbücher d. k. k. österr. Staates Bd. . 30 1841
Ce muscle part de l'apoph. styloïde et s'insère au conduit auditif cartilagineux, au-dessus du styloglosse, attire en bas la conque et dilate le conduit. En son absence on trouve un trachis fibreux. Ce muscle est nommé stylo-auriculaire par Hyrtl.

Heidenreich. Ref. Constatt's Berichte s. 193. 1843 1842-3
Considère (absolument sans preuves) les expériences de Flourens comme des phénomènes d'excitation cérébelleuse.

Kölliker. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. Leipzig. . . 1852
s. 626-630. Histologie de l'oreille.

M. W.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Accidents graves consécutifs à l'instillation de cocaïne dans la caisse du tympan, par le Dr Ficano. (*Gazz. degli Ospitali*, 26 octobre 1890.)

F... rapporte l'histoire d'une femme de 45 ans, atteinte d'otite moyenne sèche avec diminution de l'audition, mais qui se plaignait souvent de bourdonnements et de bruit de cloche. Ces

derniers furent très améliorés par l'emploi de la cocaïne en instillation par le cathéter. Dans la crainte de les voir revenir, la malade se faisait traiter de temps à autre. Vers le milieu d'août, 5 à 6 minutes après une instillation, tremblement, vertiges et nausées, puis vomissement qui durèrent quatre heures; la malade comparait son état au mal de mer. Il ne s'agissait pas d'un empoisonnement pour quatre à cinq gouttes d'une solution à 5 0/0, mais plutôt de troubles dans la tension intra-labyrinthique (rétrécissement des vaisseaux de la caisse propagé au labyrinthe ou changement de place de la chaîne des osselets par rétraction de la muqueuse de la caisse). M. LS.

Traitement de l'otorrhée par le tanin, par le Dr PELATI. (*Il Morgagni*, parte II, 1er mars 1890.)

Dans les cas où tous les liquides antiseptiques ou astringents, l'acide borique, etc., échouent, l'auteur emploie depuis quatre ans le tanin qui ne lui aurait pas encore donné un insuccès. Après avoir bien lavé l'oreille avec de l'eau bouillie tiède et salée et séché avec soin, il remplit l'oreille avec l'acide tanique. Deux jours après, si le conduit renferme un liquide dense, adhérent, couleur caramel, le but est atteint; si au contraire il y a du pus il faut recommencer le pansement et le faire tous les deux jours jusqu'à guérison. Dans un grand nombre de cas, un seul pansement suffit. M. LS.

Des différentes formes d'otite moyenne purulente chez les tuberculeux, par T. BOBONE. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso*, 1er mars 1890.)

Deux formes principales.

A. — La première est tout à fait caractéristique. La membrane du tympan ne présente ni épaississement ni hyperémie, tout au plus une légère coloration rosée. Dans sa partie inférieure, se voit une perforation à l'emporte-pièce, dont les bords sont lisses, nets, sans la moindre tendance végétante. A travers cette perforation, on voit la muqueuse de la caisse du tympan lisse sans granulations, sans exsudats. L'acuité auditive est considérablement diminuée; elle est réduite à 1/5. Au premier abord, on pourrait croire à une otite moyenne guérie depuis longtemps, mais avec persistance de la perforation tympanique; car l'écoulement de pus qui continue à se faire par l'oreille indique bien qu'il y a là un travail morbide en activité.

B. — La seconde forme se montre chez les phtisiques très

avancés à la période des cavernes. Le tympan est complètement détruit ; il ne reste plus qu'une sorte d'arc supérieur au milieu duquel demeure suspendu le manche du marteau. La caisse est tapissée d'un exsudat diphtéroïde blanc grisâtre que les injections ne détachent pas ; lorsqu'elle devient ancienne, cette affection s'accompagne de carie du rocher et de l'apophyse mastoïde. A cette phase avancée, la maladie, qui avait débuté par une otorrhée indolente, détermine de vives douleurs. La suppuration est peu abondante ; mais l'acuité auditive est très diminuée.

De ces deux formes, la première peut guérir parfois, ou plutôt s'arrêter *in situ*. La deuxième est incurable ; et on a grand'peine à calmer les souffrances du patient. M. L.

Sur les troubles auditifs au cours du tabes dorsal, par E. MORPURGO. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso,* janvier 1890.)

Examens de 53 malades dont l'auteur donne les résultats sous forme de tableaux statistiques.

On est surtout frappé, à la lecture de ces chiffres, de la fréquence extraordinaire des troubles auditifs au cours du tabes, puisque sur 53 ataxiques examinés par lui, 10 seulement présentaient une intégrité absolue de l'appareil auditif. M. L.

Les otopathies grippales, par D. P. VERDOS. (*Revista de laringologia, otologia e rinologia,* février 1890.)

A la fin de la grippe et pendant la convalescence se rencontrent deux sortes d'otopathies qu'il faut nettement distinguer :

1° Affections catarrhales de la trompe et de la caisse, que la grippe ne détermine qu'indirectement en prédisposant le malade aux inflammations des muqueuses.

2° Déterminations directes de la grippe sur l'oreille, apparaissant constamment à la période critique de la maladie. Celles-ci sont variées.

Le type le plus simple est la *congestion :* congestion tympanique amenant de la douleur et des bourdonnements ; congestion labyrinthique, produisant le syndrome de Ménière, etc.

Plus fréquents encore sont les *processus inflammatoires :* ceux-ci ont dans la plupart des cas revêtu un caractère de haute gravité. Rien de plus commun alors que de voir des destructions étendues du tympan. La mastoïdite aiguë, la périostite du conduit apparaissent souvent.

Toutes ces manifestations auriculaires de la grippe peuvent être caractérisées par deux mots : *intensité* et *ténacité*. Et sur ce point l'auteur déclare être en opposition absolue avec Lœvenberg qui, récemment encore, affirmait l'extrême bénignité de toutes les otopathies grippales. M. L.

Un cas d'emphysème généralisé produit par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par D. P. Verdos. (*Revista de laringologia, otologia y rinologia*, avril 1890.)

Il y a deux ou trois ans, un médecin anglais recommandait sérieusement à ses compatriotes le moyen suivant pour parer à l'une des plus graves complications d'un naufrage, la noyade; il suffisait, avant de tomber à l'eau, de se faire une légère incision à la face interne d'une joue puis d'exécuter de violentes expirations, nez et bouche étant maintenus clos ; rapidement se produisait ainsi un emphysème généralisé, qui devait permettre de surnager plusieurs jours.

Les hasards de la chirurgie peuvent parfois réaliser de semblables fantaisies ; telle la malade dont le Dr Verdos nous raconte aujourd'hui la très curieuse observation.

Il s'agit d'une femme qui, ayant subi déjà trois cathétérismes de la trompe par une obstruction catarrhale, éprouva pendant la quatrième séance une sensation de gêne croissante à la gorge; c'était comme un corps étranger nécessitant de violents reflux d'expulsion. Presque immédiatement à la suite de plusieurs expirations forcées apparut un emphysème palpébral droit. La malade continua à se livrer à des efforts respiratoires répétés, malgré le médecin qui lui recommandait le calme le plus absolu; en quelques heures un énorme emphysème envahit toute la surface du corps ; il se propagea même aux voies aériennes, déterminant un sentiment de suffocation qui mit le malade en grand danger. Trois jours de repos suffirent pour faire disparaître complètement tous les accidents.

L'emphysème traumatique est un accident très rare du cathétérisme de la trompe ; certains traités classiques sont muets sur ce point. Les auteurs les plus compétents, Politzer, Gellé, n'en ont vu dans leur longue pratique que deux ou trois cas ; toujours il s'agissait d'un emphysème limité aux paupières, à la face ne dépassant jamais le cou.

Aussi l'observation actuelle est-elle du plus haut intérêt, car elle semble unique en son genre. M. L.

Réflexes tympaniques. Observation clinique, par (Luis) Suné y Molist. (*Revista de laringologia, otologia y rinologia*, mai 1890.)

Il y a cinq ans, Verdos signala l'existence d'une zone hypnogène sur la peau du conduit auditif externe. Plus tard, Suné observa un phénomène de même ordre ; le contact de la sonde de Bonnafont sur le méat de la trompe d'Eustache produisait dans un cas un état hypnotique simple, sans catalepsie ni somnambulisme. Depuis lors, plusieurs observations analogues furent publiées. Actuellement, l'auteur nous rapporte une observation encore plus intéressante ; les phénomènes d'hypnose ont été produits par l'attouchement d'une zone préalablement anesthésiée par la cocaïne.

Femme de 46 ans, nerveuse. La myringotomie est décidée pour suppléer à une obstruction totale de la trompe d'Eustache. Le tympan est anesthésié à l'aide d'une solution de cocaïne à 50 0/0, introduite dans le conduit et laissée en place 30 minutes. L'incision est alors faite sans produire la moindre douleur; mais une demi-minute est à peine écoulée que le malade ferme les yeux et se met à vomir ses aliments. Ce vomissement dure peu. On constate alors que la malade est dans l'état hypnotique; facies sans pâleur, physionomie calme, orbiculaire des paupières contracté ; la pupille fortement déviée en haut et en dedans ; anesthésie générale; respiration calme ; pouls petit ; résolution musculaire complète aux extrémités. Tous les moyens classiques pour combattre l'hypnose furent mis en œuvre inutilement. Ces phénomènes inquiétants durèrent plus de quatre heures.

Comment expliquer ici la production de l'hypnose ? Ni la douleur, ni même l'attouchement du tympan ne l'ont pu déterminer puisque la cocaïne avait produit en cette région une anesthésie complète. Faut-il incriminer le contact du liquide anesthésian avec la muqueuse de la caisse, à la suite de l'incision ? L'auteur reste dans le doute ; il repousse seulement l'hypothèse d'une intoxication cocaïnique soulevée par quelques-uns des assistants.

M. L.

La conformation du pavillon de l'oreille chez les gens normaux, chez les aliénés et les criminels, par G. Gradenigo. (Académie royale de médecine de Turin. Séance du 6 juin 1890.)

En septembre 1889, l'auteur fit au Congrès international d'otologie et de laryngologie tenu à Paris, une communication sur la forme du pavillon de l'oreille, étudiée chez 25,000 personnes

normales, au point de vue anthropologique. Il complète aujourd'hui ses recherches en étudiant la valeur de déformation du pavillon comme signe de dégénérescence.

Les tableaux suivants permettent de se rendre compte des résultats obtenus comparativement :

HOMMES (pourcentage)

	Pavillons réguliers.	Lobules adhérents. Simples.	Lobules adhérents. Descendant bien sur la joue.	Fosse scaphoïde. prolongée sur le lobule.	Fosse scaphoïde. Interrompue.	Anses.	Anthélix faisant saillie.	Croix de l'anthélix mal développée.
Normaux.	56,2	21,3	5,2	7,8	1,3	11,1	7,2	3
Aliénés ..	36,5	16,6	9,7	15	1,5	26	18	5
Criminels.	28,2	18,5	7,6	18	4	25,2	18	6,7

FEMMES

Normales.	65,6	9,5	2,6	5,1	0,8	3,1	11,9	0,4
Aliénées..	46	25	14,3	9	2,6	4,2	26	1,8

En général, les anomalies sont *unilatérales* et prédominent du côté *droit*.

Ce tableau montre en somme que les anomalies du pavillon de l'oreille sont un excellent signe de dégénérescence. Elles sont en effet beaucoup plus fréquentes chez les aliénés et les criminels que chez les autres personnes; de plus les vices de conformation que présentent les oreilles des gens normaux sont en général légers (lobule simplement adhérent, fixe, scaphoïde prolongée sur le lobule) ; au contraire chez les fous et délinquants se montrent des malformations graves (asymétrie d'implantation, lobule descendant sur la joue, etc.). M. L.

Nouveaux médicaments et nouvelles méthodes de traitement en oto-rhino-laryngologie, par G. Masini. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio, delle gola e del naso*, 1er novembre 1890.)

1. — *Violet de méthyle* introduit dans la thérapeutique oculaire par Stilling (1890).

L'auteur l'a employé dans le traitement de la phtisie laryngée, aucun médicament n'agit aussi vite, aussi bien et ne procure moins de souffrances au malade. Employer une solution forte

à 1 gramme pour 250 grammes d'eau distillée; badigeonner le larynx au moins trois fois par jour.

Résultats beaucoup moins heureux dans le traitement d'otorrhées et de rhinite fétides, à l'aide de solutions à 1 gramme pour 500 grammes d'eau: celles-ci colorent le pavillon de l'oreille ou la lèvre supérieure, ce qui est un sérieux inconvénient.

2. — *Aristol* introduit dans le traitement des maladies de la peau par Eichoff (1890).

L'auteur s'en est servi dans tous les cas où l'iodoforme était indiqué ; il n'est pas plus actif que ce dernier corps ; son absence d'odeur est son seul avantage.

3. — *Hydroxylamine.* Formule à employer :

Chlorhydrate d'hydroxylamine......	0 gr. 25 centigr.
Alcool............................	*ââ* 250 gr.
Glycérine.........................	

Elle a donné de *splendides* résultats dans le traitement des rhinites avec croûtes, ou de détritus croûteux du conduit auditif externe. Maintenir quelque temps sur la partie malade un tampon d'ouate imbibé de cette solution.

4. — *Sozoiodol.*

Sozoiodol de zinc.......................	1
Axonge..................................	20

Résultats bien supérieurs à ceux fournis par la pommade au précipité jaune ou à l'iodoforme.

5. — *Essence de térébenthine.* — *Créosote.*

Très utile dans l'ozène et dans la laryngite tuberculeuse, ulcéreuse et végétante. Badigeonnages dans le larynx ; tampon médicamenteux maintenu une heure dans le nez. Se servir, soit de l'essence de térébenthine pure, soit de la créosote coupée de moitié son volume d'huile d'olives.

Massage.

Masini est le premier médecin qui l'ait mis en pratique dans le cas d'hypertrophie amygdalienne et de pharyngite granuleuse. Voici le mode opératoire : Enduire le pulpe de l'index avec une solution à parties égales de teinture d'iode et de glycérine; puis avec le doigt appuyer doucement sur l'amygdale en exécutan des mouvements de rotation, unis à une compression légère. — Séance de dix minutes pouvant être répétée deux fois par jour. — Même chose sur le pharynx avec cette différence que la compression doit être plus forte, comme si le doigt voulait écraser

les saillies granuleuses. La guérison s'obtient en un ou deux mois.

Électrolyse. — Moyen utile contre l'ozène.

Placer dans la narine un tampon de coton imbibé d'une solution iodo-iodurée, au milieu duquel pénètre un fil métallique; y faire passer un courant électrique pendant quinze minutes chaque jour. Grande amélioration obtenue en trois ou quatre mois.

(L'auteur ne donne pas d'autre indication sur le dispositif du traitement électrique.) M. L.

Corps étrangers dans les voies aériennes, par F. Massei. (*Archivi italiani di laringologia*, 1889.)

L'auteur en rapporte onze cas. A ce propos, il fait remarquer :

a) Que les corps étrangers peuvent pénétrer dans la trachée à l'insu du malade, même lorsqu'il s'agit d'un adulte capable de bien s'observer;

b) Qu'il arrive souvent que des corps étrangers mobiles produisent une dyspnée violente, pour laquelle on fait une trachéotomie immédiate, alors cependant qu'il n'y a aucun danger d'asphyxie. M. L.

Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales, par F. Massei. (*Bollettino della malattie dell' Orecchio, della gola et del naso*, janvier 1890.)

Elsberg a donné en 1882 (*Arch. of laryngology*, vol. III, n° 3) d'excellents schémas, devenus classiques, de la glotte dans les différentes paralysies du larynx. Seulement comme la laryngologie a fait depuis cette époque de nouvelles acquisitions scientifiques, la série des diagrammes donnés par Elsberg est forcément devenue incomplète.

Le professeur Massei s'est donné la tâche ingrate de combler cette lacune, et il nous présente aujourd'hui un tableau complet de quatorze diagrammes, que tout spécialiste devrait avoir toujours devant les yeux. M. L.

Œdème aigu primitif du larynx, par le Dr Berardino Martino. (*Progresso medico*, n° 4, 10 février 1890.)

L'ancienne conception de l'*œdème de la glotte*, tel que le décrivaient les vieux auteurs, a été grandement modifiée par les travaux récents. — La dénomination moderne d'*œdème du larynx* indique que le processus morbide ne se limite pas aux seules cordes vocales; de plus, on sait que la lésion est le plus

souvent secondaire à une altération antérieure de l'organe vocal : carie, tumeur, etc. — Solis-Cohen a pourtant décrit une forme idiopathique d'œdème aigu du larynx : cette espèce morbide est rare : l'observation qui suit n'aura donc que peu d'intérêt.

Une jeune fille de 18 ans se rend de bon matin lessiver du linge dans de l'eau très froide. Dans l'après-midi, elle rentre chez elle frissonnant et enrouée ; elle se couche. La nuit suivante se montrent des accès de dyspnée qui vont rapidement croissant d'intensité : vingt-quatre heures après le début des accidents, l'asphyxie met déjà la malade en danger de mort. — On l'amène à l'hôpital cyanosée, couverte d'une sueur froide, la face bouffie, le thorax soulevé par de courtes inspirations précipitées, le pouls petit et irrégulier ; déjà il y a refroidissement des extrémités.

La trachéotomie est faite séance tenante; l'asphyxie cesse immédiatement, la cyanose disparait peu à peu. — Pendant trois jours, la fièvre se maintient aux environs de 38°,5. — Le treizième jour, la respiration s'effectue aisément par les voies naturelles. La canule est retirée : la malade sort bientôt après en état de guérison parfaite.

L'indication capitale, en pareil cas, est d'agir très vite ; à peine a-t-on le temps de faire un diagnostic grossier. Il importe surtout d'établir que l'obstacle à l'entrée de l'air se trouve au niveau du larynx. Les symptômes qui permettent d'affirmer cette localisation, sont : la douleur spontanée et provoquée au niveau du larynx ; la respiration stertoreuse ; le tirage sus-claviculaire épigastrique ; le résultat négatif de l'auscultation. Quant à l'examen laryngoscopique, il est impossible, étant donné l'état grave dans lequel se trouve le malade. — Cependant le toucher digital (Ziemssen) pourrait fournir des renseignements en permettant de constater la tuméfaction de l'épiglotte et des replis aryténo épiglottiques.

Dans le cas présent, une fois posé le diagnostic de sténose inflammatoire aiguë du larynx, diverses hypothèses restaient à agiter. Se trouvait-on en présence d'un abcès du larynx ou d'un œdème laryngé, ce dernier pouvant encore être primitif ou secondaire ?

Or, un abcès du larynx n'évolue pas avec une telle rapidité et n'atteint pas sa nature en vingt-quatre heures ; il y a, de plus, une douleur lancinante, pulsatile, correspondant au siège du foyer purulent.

Restait donc la deuxième hypothèse : œdème du larynx. Or, le début subit des accidents au milieu d'une santé parfaite, l'intégrité antérieure absolue du larynx et des organes voisins, permettaient d'affirmer la primordialité de l'événement actuel. Le refroidissement était, dans le cas présent, la cause de tout le mal : cette étiologie est, du reste, celle que les auteurs incriminent dans les cas analogues. M. L.

La Suture du larynx, par L. LEVI. (*Il Morgagni*, partie I, page 185, mars 1890.)

L'étude clinique et expérimentale qu'il a faite sur ce sujet, mène l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Dans la section transversale du larynx, l'hémostase ayant été faite avec soin, il faut pratiquer la suture.

2° Cette suture doit être faite couche par couche : on réunira la muqueuse avec des points de catgut, les cartilages avec un mince fil d'argent : finalement, le catgut sera employé de nouveau pour la partie superficielle de la blessure.

3° La suture des cartilages ne doit jamais être faite au catgut, sauf dans les cas où l'on fait en même temps la trachéo tomie.

4° Afin d'assurer la guérison par première intention, il importe de pratiquer l'antisepsie de la plaie par la voie endolaryngée, en faisant faire au malade des inhalations antiseptiques.

5° Pour se prémunir contre l'emphysème consécutif, il y a avantage à drainer la plaie cutanée au-devant de la trachée.

6° La suture des cartilages est contre-indiquée dans les plaies contuses avec fractures multiples. M. L.

Traitement de la tuberculose laryngée, par V. COZZOLINO. (*La Terapia moderna*, page 116, février 1890.)

L'auteur résume en quelques pages la meilleure médication que lui ait enseignée sa grande pratique laryngoiatrique.

A. *Traitement interne.*

Il est indispensable. Sans lui, aucun succès durable ne peut être obtenu par les médications locales, le larynx se réinoculant sans cesse au contact des crachats bacillifères que lui envoie le poumon.

Il consistera dans les médications suivantes :

1° Forte alimentation, composée surtout de substances très nutritives : lait, œufs, viande ;

2° Liqueur de Fowler, de 15 à 20 gouttes par jour, suivant la tolérance du malade;

3° Huile de foie de morue, à la dose de 200 à 300 grammes par jour, administrée au cours des repas, suivant la recommandation du professeur Jaccoud;

4° Avant chaque repas, le malade prendra, mélangées à une pincée de phosphate de chaux, de 2 à 4 gouttes de *Baume du Pérou*, substance dont Schnitzler a montré la haute efficacité. Si ce médicament est bien supporté, la dose en pourra être élevée : 2 à 4 gouttes pourront également être ajoutées à chaque prise d'huile de foie de morue.

B. *Traitement local.*

1° Quatre fois par jour faire dans la gorge une pulvérisation avec la solution suivante :

Eau distillée.........	300 grammes.
Alcool rectifié........	10 à 15 grammes.
Menthol	0.50 à 0.80 centigrammes.
Baume du Pérou.....	5 à 10 grammes.

2° Au moyen d'un insufflateur approprié, le malade se fera une insufflation indolaryngée avec la poudre suivante :

Phosphate de chaux.....	10 grammes.
Iodoforme porplyrisé....	5 —
Acide borique id.	2 —
Menthol id.	0.40 à 0.80 centigrammes.

S'il y a dysphagie douloureuse empêchant l'alimentation, le médecin fera lui-même, avant le repas, un badigeonnage de cocaïne sur la région aryténoïde.

Dans le cas de tuberculose végétante ou papillomateuse, on pratiquera la scarification ou le raclage du larynx, suivant la méthode de Heryng : cette opération devra être faite avec les plus grandes précautions antiseptiques, et la cicatrisation des ulcères laryngés se fera après extirpation de tout le tissu morbide.

Mais cette opération devient impossible si l'infiltration tuberculeuse s'étend à toute la muqueuse du larynx et de la trachée. C'est alors que rendent de grands services les injections intralaryngées d'une solution à 20 pour 100 de menthol dans l'huile d'olives, méthode proposée par Rosenberg et mise en pratique journalière par Gouguenheim. 10 grammes de ce mélange seront injectés dans la cavité laryngotrachéale, au moins une fois par

jour, avant le repas. Excellents sont à tous points de vue les résultats de cette maladie : les symptômes locaux douloureux disparaissent; la dysphagie, cette bête noire de la phtisie laryngée, cesse presque totalement; l'état général se relève.

Le menthol agit surtout en diminuant l'infiltration tuberculeuse et l'irritation qu'elle entretient; mais veut-on agir directement sur les ulcérations tuberculeuses, il faut s'adresser au *naphthol camphré*, médicament qui donne de très bons résultats dans la tuberculose locale et que Gouguenheim a, le premier, employé dans le traitement de la phtisie laryngée. A l'aide de pansements journaliers, parfois même biquotidiens, la guérison des ulcérations tuberculeuses laryngiennes est obtenue en quelques semaines. Ce médicament est infiniment moins douloureux que l'acide lactique. Il y a eu cependant, dans certains cas, avantage à anesthésier préalablement le larynx à l'aide de la cocaïne. M. L.

La Laryngite hémorragique et l'influenza, par S. MARANO. (*Archivii italiani di laringologia*, avril 1890.

Trois observations de malades qui, au cours de la grippe, présentèrent de la dysphagie, une voie rauque, une toux quinteuse et une expectoration sanguinolente : dans les trois cas, le miroir montra une rougeur vive du larynx avec tuméfaction intense de la région aryténoïdienne.

La dysphagie est le seul symptôme qui distingue la forme grippale de la forme commune de la laryngite hémorragique.

M. L.

Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche, par R. BOTEY. (*Archivos internacionales de laringologia, otologia, rinologia*, janvier-février 1890.)

L'auteur rapporte trois cas de coryza sec, accompagné de laryngite sèche, où l'affection nasale disparut complètement au cours d'une grossesse, pour reparaître quelques semaines après la délivrance. Il n'y a pas là pure coïncidence.

On sait les relations pathologiques qui unissent l'appareil génital de la femme au système des premières voies aériennes : la fréquence des épistaxis supplémentaires des règles, l'augmentation de la fétidité de l'ozène pendant les périodes menstruelles, etc. — De là, l'auteur ne serait pas éloigné d'admettre que, pendant la grossesse, il se produit une congestion sympathique de la pituitaire et de la muqueuse pharyngo-laryngée,

amenant une hyperactivité fonctionnelle de leurs glandes, d'où un excès de sécrétion qui fait momentanément cesser les symptômes de la rhinite ou de la laryngite sèches. M. L.

Epithélioma lobulé du larynx. Extirpation du larynx, par J. Cisneros. (*Rivista clinica de los hospitales*, juillet 1890.)

Voici quelles sont, suivant l'auteur, les indications opératoires des diverses formes du cancer laryngé :

Cancer petit et pédiculé, traitement endo-laryngé ;

Cancer intrinsèque unilatéral, extirpation partielle du larynx ;

Cancer intrinsèque bilatéral, extirpation totale, surtout s'il s'agit histologiquement d'un épithelioma corné ;

Cancer extrinsèque, trachéotomie précoce faite le plus bas possible pour retarder l'envahissement cancéreux de la plaie.

M. L.

Sur la nature de l'ozène, par S. Marano. (*Archivii italiani di laringologia*, janvier 1890.)

Il est peu de questions qui aient autant exercé la sagacité des médecins. De tout temps on s'est demandé le pourquoi de cette puanteur fade, irrésistible, qu'on ne rencontre dans aucune autre affection nasale. Chaque époque a fourni ses théories, en rapport avec les doctrines régnantes. Galien accusait l'âcreté des humeurs; Morgagni et ses successeurs incriminèrent de graves lésions anatomiques, jusqu'à Trousseau, qui faisait de l'ulcération le substratum de l'affection nasale. Vint la rhinoscopie, qui montra pour toute lésion l'atrophie des cornets : la maladie semblait définitivement classée avec l'étiquette *d'ozène atrophique*. Cependant certains observateurs persistaient à admettre des lésions des cavités voisines : Michel, de Cologne, incriminait les suppurations de sinus sphénoïdaux, et des cellules ethmoïdales. Parurent ensuite les théories histologiques : Schuchardt explique la fétidité par la transformation de l'épithélium de la pituitaire, qui devient pavimenteuse ; Habermann dénonce la glande malade ; Krause attribue tout le mal à des détritus graisseux accumulés dans les muqueuses. Puis, enfin, la bactériologie prédomine : on cherche le microbe de l'ozène. Löwenberg découvrit un diplocoque de grande taille, qui bientôt tomba au rang infime de saprogène banal se complaisant en parasite au milieu des infectes secrétions du nez. D'autres recherches furent poursuivies dans le même sens, et Marano fait paraître aujourd'hui un travail fort intéressant, résumant de longs

travaux de laboratoire qui semblent l'avoir conduit à la découverte du « rinobacillo ozenatoso ».

Nous donnerons un aperçu rapide de cette œuvre de laboratoire, renvoyant à l'original pour l'étude des minutieux détails techniques qu'elle comporte.

Le mucopus est puisé dans les cavités nasales à l'aide du fil de platine préalablement stérilisé.

Les préparations sèches sont colorées à l'aide d'une matière d'aniline quelconque, et conservés dans le baume de Canada. Elles montrent au milieu de cellules diverses un grand nombre de microorganismes variant suivant les préparations : de petites bactéries, un bacille allongé assez peu abondant, un grand nombre de cocci de diverses grandeurs, et surtout d'une façon constante un bacille large et court, souvent accouplé en diplocoque et entouré d'une zone claire lui formant capsule.

Les inoculations faites dans les divers milieux nutritifs (gélatine, gélose simple ou glycérinée, sérum solidifié, etc.) donnent, après un séjour de 24-36 heures dans une étuve à 20°, un riche développement de coloris, ressortissant à deux types bien distincts : les uns forment des taches arrondies à bords nets, de couleur jaune foncé; les autres, bien plus nombreux, constituent des taches blanc opalin, brillantes, perlées et saillantes à la surface de la plaque comme un grain de chènevis. Les premiers renferment un microcoque disposé en chaînettes ; les seconds contiennent le bacille en capsule signalé plus haut. De ces deux coloris, les derniers se montrent d'une façon constante et avec leurs caractères immuables dans tous les cas d'ozène; les premiers, au contraire, sont de forme variable, et l'on y trouve un grand nombre de microbes d'aspect différent, n'ayant pour caractère commun que le fait d'être chromogènes.

Ce « rinobacillo ozenatoso » qui habite d'une façon constante le pus de l'ozène, est un bacille large et gros; il est analogue au diplocoque de Löwenberg et de Klamann. Au centre de l'auréole claire qui l'encapsule, il est le plus souvent solitaire, rarement accouplé par paires, jamais triple. Il est légèrement renflé à ses deux extrémités. Il ressemble grandement au pneumocoque, mais s'en distingue parce qu'il présente en son milieu et parfois à ses extrémités, un espace clair, dont l'auteur avoue ne pas saisir parfaitement la raison.

Sa longueur varie de 1 μ à 1,50 μ. Dans les cultures pures, il affecte une disposition variable, se groupant en amas, se rangeant en chaînettes, etc.

Le violet de gentiane, le violet de méthyle le colorent sans colorer sa capsule. Celle-ci devient très évidente si l'on ajoute à la matière colorante quelques gouttes d'acide acétique cristallisable.

Gélatine et gélose constituent ses meilleurs terrains de culture : c'est entre 20° et 22° que son développement se produit le plus vite. La gélatine n'est pas liquéfiée. La culture en tube affecte la forme d'un clou.

Dans les cultures âgées de trois à quatre mois, le bacille devient beaucoup plus volumineux, mais garde toujours sa capsule.

(Quant aux colonies jaune foncé, elles liquéfient rapidement la gélatine; elles renferment un grand nombre d'espèces microbiennes distinctes, microbes ordinaires de la suppuration et de la putréfaction.)

La présence constante de ce bacille chez les malades examinés, permet d'affirmer qu'il est pathogène de l'ozène. D'autre part, cet élément ne se rencontre ni dans le mucus des fosses nasales saines ni dans les produits de sécrétion d'aucune autre forme de rhinite.

Cependant Friedländer et Hajek ont affirmé que ce bacille de l'ozène est absolument semblable à une autre espèce microbienne que l'on rencontre dans la fermentation acide du lait et dans la putréfaction de la viande.

Marano, après de patientes investigations, n'a jamais pu rencontrer, dans les deux cas, de microbe qui ressemblât à son rhinobacille.

Les expériences de l'auteur semblent lui avoir démontré cet autre fait que le rhinobacille ne peut pas produire à lui seul l'odeur de l'ozène; mais si on vient à le mélanger avec une culture de staphylocoques d'iris, et à maintenir le tout dans l'étuve à 35°, dès le second jour, du mélange se dégage la fétidité caractéristique.

Il eût été intéressant, pour compléter cette étude, de produire expérimentalement l'ozène chez les animaux par des inoculations nasales des cultures du rhinobacille. L'auteur ne l'a tenté que sur un seul lapin, et a eu un insuccès complet; il ne désespère pourtant pas de réussir ces inoculations quelque jour. Ce jour-là seulement la découverte de l'agent pathogène de l'ozène sera hors de contestation. M. L.

Sur le diagnostic différentiel des ulcérations du nez, par

M. Hajek (*Archiv. internacionales de Laryngologia*, etc., de R. Botey, mai et juin 1890.)

Etude sur la tuberculose nasale *à propos de laquelle Hajek prend vivement à partie l'auteur de cette analyse, qu'il accuse de peu savoir en cette matière, parce que dans une analyse d'un mémoire antérieur, j'avais osé dire que sa monographie était plutôt une œuvre d'anatomie pathologique qu'une étude clinique. Avant d'analyser son œuvre, que M. Hajek me permette de lui dire que rien dans ce que j'ai dit ne légitime une pareille accusation de sa part, d'autant moins fondée que je n'ai jamais écrit une ligne sur la matière, et par conséquent qu'il manque de toute base pour juger mon savoir sur cette question.*

Dans le présent travail basé sur 5 ou 6 cas observés en deux ans, l'auteur admet trois formes cliniques : 1° une forme granuleuse, les petits nodules qui se forment sur la cloison sont quelquefois fort difficiles à reconnaître, à moins qu'ils ne s'ulcèrent, ce qui est la règle habituelle; pourtant cette ulcération peut ne pas se produire; l'autre a vu le fait une fois chez un malade ayant eu une ulcération tuberculeuse de la cloisson et dont un cornet avait été le siège de ces nodules. L'examen histologique après ablation de la partie malade ne donne aucun résultat; 2° une forme ulcéreuse d'emblée, très semblable à l'ulcération syphilitique; 3° une forme de tumeur obstruant les fosses nasales, siégeant aussi sur les cloisons et très semblable à une néoplasie maligne (*sarcome de la cloison*). A. G.

A propos de quelques cas de névroses nasales, par A. Trifiletti. (*Archivii italiani di Laringologia*, avril 1890.)

Les récents progrès de la pathologie du nez ont eu lieu d'une façon très inégale : à côté de certains chapitres très travaillés, d'autres sont à peine ébauchés. Les névroses réflexes d'origine nasale ont été, depuis cinq ans, le sujet de prédilection des travaux des rhinologistes; en revanche, rien de plus obscur encore que l'histoire pathologique du nerf olfactif. Très rare même aussi sont les *troubles de la sensibilité commune du nez*. Très peu étudiées les lésions qui atteignent les branches nasales des trijumeaux.

L'auteur nous relate plusieurs observations intéressantes comme documents devant servir à l'histoire de ces affections, plus communes qu'on ne pense.

Observation I. Homme de 45 ans : robuste. Depuis quatre

ans, il éprouve une douleur lancinante dans l'os du nez avec sensation d'obstruction des fosses nasales. L'examen des deux narines montre de chaque côté une tuméfaction lisse, une rougeur vive des cornets moyens et inférieurs : l'attouchement de ces cornets avec la sonde fait pousser des hurlements de douleur.

Il s'agit ici d'une rhinite hypertrophique ayant amené une hyperesthésie excessive des branches nasales du trijumeau chez un névropathe.

Observation II. Femme nerveuse, souffrant de douleurs vagues, à tendances mélancoliques. Elle se plaint surtout de crise d'éternuement bizarre et fort pénible. Au moment où après avoir ressenti le chatouillement nasal provocateur, elle fait la grande inspiration préparatoire de l'éternuement, elle est prise d'un spasme violent, pousse un cri d'épouvante, suffoque, puis brusquement tout s'arrête là, sans aboutir à la secousse d'expiration bruyante terminale.

A l'examen local, on trouve un peu de catarrhe naso-pharyngé, dont la guérison, par une médication banale, amène la cessation des accidents.

Ici encore, hyperesthésie intense des nerfs nasaux mise en place par une cause minime chez une neurasthénique.

Observation III. Jeune homme atteint de coryza à répétition s'accompagnant d'un pus séreux très abondant et d'éternuements intenses. Ici l'élément nerveux vaso-moteur prédomine. Des cas semblables avaient depuis longtemps été étudiés par Trousseau et sous le nom de *coryza nerveux*.

Ces faits, en somme, sont assez simples, fréquents; mais il faut les connaître pour ne pas attribuer à des troubles psychiques les souffrances et les plaintes vives provoquées chez ces malades par des lésions nasales peu intenses. M. L.

Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale, par J. Roquez y Casadesus. (*Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia*. Juillet 1890.

Peu de questions ont autant passionné la science médicale. Trois opinions principales se sont fait jour à travers la multitude des travaux entrepris sur ce point: A. Les névroses réflexes d'origine nasale n'existent pas : si le traitement nasal fait disparaître les accidents, c'est qu'il agit par action révulsive banale (Schneider-Gottstein).—B. Elles existent, mais rarement, et seulement chez les sujets qui présentent une prédisposition névro-

pathique toute spéciale (Rosbach).—C. Elles existent réellement, sans qu'il soit nécessaire de faire aucune réserve à leur sujet (Hack, Frænkel, Sommerbrodt, Voltolini).

Les observations rapportées par l'auteur viennent à l'appui de la deuxième manière de voir. Mais il n'admet pas que le gonflement du tissu érectile du nez soit, comme le croyait Hack, la condition *sine qua non* pour la production des réflexes. C'en est, il est vrai, la cause de beaucoup la plus commune, mais toutes les autres lésions du nez les peuvent engendrer. Seulement la neurasthénie dut intervenir comme influence dominante pour mettre en jeu les actions nerveuses : bien des malades présentent de l'hypertrophie du tissu érectile du nez, qui n'en éprouvent aucune conséquence lointaine, si chez eux le terrain nerveux n'est pas préparé à cet effet.

Chez de tels neurasthéniques, le nez n'est certes pas le seul organe dont les lésions jouent vis-à-vis des accidents réflexes le rôle d'agents provocateurs. La mise en branle du système nerveux peut être évidemment déterminée par les lésions d'autres organes, malheureusement de constatation difficile ; aussi bien le nez, dont l'exploration minutieuse est actuellemement si aisée, doit par cela même servir de point de départ pour l'étude de cette grande classe d'actions pathologiques à distance, considérée dans son ensemble. M. L.

Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison du nez, par Ricci (Angelo). *Bollettino delle malattie dell' Orecchio della Gola e del naso.* 1er juillet 1890.

L'auteur fait remarquer que le seul intérêt que présente cette observation se rattache au mode de traitement mis en œuvre, lequel diffère sensiblement du procédé classique employé dans les cas analogues.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, strumeux, qui le 27 novembre 1889, portant sur le dos un lourd fardeau tombe en avant, et heurte violemment le sol avec la pointe du nez. Douleur vive : épistaxis intense mais courte. Dès ce moment, les narines deviennent imperméables et la voix prend le timbre nasal.

L'examen rhinoscopique fait le lendemain matin montre deux tumeurs sanguines, obturant les narines. Et le troisième jour apparaît au niveau de la cloison une douleur lancinante qui peu à peu s'exagère : bientôt fièvre, céphalalgies, épiphora, tuméfaction énorme du nez et des parties environnantes du visage. Dans chaque narine fait saillie une tumeur fluctuante ; l'aide

produite par le doigt se transmet de l'une à l'autre : elle se transmet également à une saillie qui se trouve sur le dos du nez.

La rhinoscopie postérieure montre l'intégrité du septum dans les parties reculées.

Il s'agit donc d'un abcès de la partie antérieure du septum.

Au lieu de pratiquer, selon le mode classique, une incision intra-nasale, l'auteur cherche à pénétrer dans le foyer en incisant le repli gingivo-labial supérieur au niveau du frein, et rasant avec un bistouri l'épine nasale inférieure, cet orifice permet alors d'introduire une sonde qui facilite l'écoulement du pus. L'abcès vidé, il devient possible de reconnaître une fracture de la partie antérieure de la cloison. Deux petits coins de bois sont introduits dans les narines et laissés en place tant pour immobiliser les fragments que pour favoriser le recollement de la muqueuse au cartilage sous-jacent. De grandes irrigations antiseptiques complètent la cure. Guérison complète le 4 janvier 1890 : *restitutio ad integrum* du nez. M. L.

Un cas de guérison d'une anosmie remontant à quarante ans, par D'Aguanno (Antonino) (*Bolletino-delle malattie dell'Orecchio, della gola e del naso*, 1er septembre 1890).

Homme de 54 ans. A l'âge de 12 ans il reçoit un coup de pierre sur le front : écoulement purulent par la narine droite et perte de l'odorat de ce côté; la narine gauche restée seule perméable se prend un peu plus tard. Dès lors, la respiration nasale est impossible, l'odorat est complètement supprimé, consécutivement, le sens du goût se perd, et le malade, habitué à cet état de choses, finit à la longue par ne s'en plus préoccuper.

A l'âge de 54 ans, il vient consulter l'auteur pour une pharyngite intense; évidemment celle-ci est secondaire à la lésion nasale et produite par le passage permanent de l'air froid venu de la bouche. L'examen du nez montre la narine droite absolument barrée par une déviation de la cloison; l'occlusion de la narine gauche est due à une déviation moindre complétée par un polype.

L'éperon osseux est réséqué, le polype extrait : dès le lendemain, le malade retrouve l'odorat et le goût, et ces deux sens se perfectionnent de jour en jour à mesure que disparaît la réaction inflammatoire de la muqueuse nasale.

L'auteur rapporte ce fait qu'il croit être unique dans la science, parce que, outre l'intérêt qu'il présente par son originalité même, il démontre une fois de plus l'étroite subordination

qui relie le goût au sens olfactif. Il n'y a, on le sait, que quatre saveurs fondamentales : sucrée, salée, amère, acide, tous les autres bouquets ne sont que des odeurs déguisées qui parviennent aux cornets par la voie rétro-nasale. M. L.

Sur un effet rare des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par F. Felici (*Bollettinò delle malattie dell'Orecchio*, etc., janvier 1890).

Le point intéressant de cette observation (homme de 35 ans, joueur d'instruments à vent), c'est que les végétations avaient amené une adhérence de la luette à la paroi latérale du pharynx, et produit consécutivement l'occlusion spasmodiqne du maxillaire inférieur avec tous les troubles fonctionnels qui en résultent. M. L.

Hygiène publique et privée de la diphtérie, par V. Cozzolino (*Extrait de la Terapia moderna*, 1890.)

Les nombreux travaux que l'auteur a déjà publiés sur la diphtérie, « son sujet d'études préféré », nous dit-il, lui donnent une compétence toute spéciale pour nous indiquer quels progrès les récentes études bactériologiques ont fait faire à la prophylaxie et à la thérapeutique de cette redoutable maladie dont l'extension progresse sans cesse. En Italie, la diphtérie cause 25,000 décès par an; c'est un des pays les plus atteints par ce fléau. N'est-ce point, du reste, sur son territoire que parurent au xvii[e] siècle les premières grandes épidémies européennes du *morbus strangulatorius?*

Après avoir, dans une série de statistiques, montré le danger sans cesse croissant, l'auteur, pour la pouvoir ensuite mieux combattre, recherche les causes de cette maladie, et à ce propos il étudie longuement les conditions biologiques du bacille de Klebs et Lœffler, insistant surtout sur la transmissibilité réciproque de la diphtérie des gallinacés à l'homme qu'il a été l'un des premiers à signaler. De là découlent d'importantes indications prophylactiques. La plus utile est certainement la déclaration obligatoire de tout cas de diphtérie par le médecin traitant. Même obligation pour la désinfection ultérieure de tout ce qui a été en contact avec le malade. Et il n'est pas jusqu'au mode d'inhumation des persounes mortes de diphtérie qui ne réclame un règlement hygiénique sévère. M. L.

Un cas de paramyoclonus multiple, limité aux muscles respiratoires, par Fl. Jaja. (*Il Morgagni*, juillet 1890.)

Homme de 35 ans, paysan robuste. Pas d'antécédents nerveux

héréditaires, mais abus de la masturbation. La maladie a débuté il y a quinze ans par des crises de suffocation durant un à deux jours, et revenant environ une fois par mois; ces crises étaient constituées par des convulsions cloniques des muscles inspirateurs; le malade pendant sa crise respirait comme un chien essoufflé. Actuellement les troubles respiratoires sont continus; mais ils cessent la nuit pendant le sommeil, diminuent quand le malade a l'attention occupée par un acte quelconque; augmentent, au contraire, quand il se sent observé : il peut en partie les suspendre par un effort de volonté. Ils sont constitués par une inspiration spasmodique, suivie d'une expiration brève, sonore, donnant le son E au niveau du larynx contracté, auquel s'ajoute le son VU produit par la vibration de la moitié gauche de l'orifice buccal en état de contraction.

La moindre excitation faradique ou thermique de la peau du tronc augmente intensivement ces spasmes respiratoires.

Réflexes tendineux et cutanés indemnes. Pas d'anesthésie. Sens normaux. Aucun stigmate d'hystérie.

L'auteur rejette le diagnostic de chorée respiratoire, étant donné l'âge du sujet, la longue durée de la maladie, et surtout ce fait que la volonté suspend momentanément les spasmes. Il croit à un *paramyoclonus multiple*, uniquement localisé aux muscles respirateurs, forme non décrite jusqu'ici. M. L.

La fossette pharyngienne de l'os occipital chez l'homme, par G. Romiti. (*Typographie Nistri, Pise*, analysé dans *Il Morgagni*, 21 juin 1890.)

Sous ce nom, l'auteur décrit, comme l'a fait Gruber, une excavation qui se trouve sur la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital, et il en rapporte plusieurs exemples par lui observés.

Une disposition analogue existe à l'état normal chez les phoques. Chez quelques-uns même de ces animaux la cavité de l'apophyse basilaire devient un canal perforant l'os de haut en bas. Chez l'animal, comme chez l'homme, il s'agit vraisemblablement d'un défaut d'ossification.

La raison embryologique de cette anomalie se trouve dans l'existence d'un sillon longitudinal à la base de l'occipital chez le fœtus et qui ne disparaît que quand cet os est complètement formé. Peut-être aussi cette fossette a-t-elle pour raison d'être un diverticule pharyngien anormal. M. L.

Kyste de la langue ouvert spontanément, par GALLARDO.
(*El Bisturi*, juin 1888.)

Il s'agit d'une dame présentant sur un côté de la langue une tumeur dure et limitée, rendant les mouvements de l'organe difficiles et douloureux. Un jour, la tumeur se rompit spontanément en donnant issue à un liquide séreux ; cette rupture fut suivie d'une guérison rapide. M. L.

NOUVELLES

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Prix Mège (10,000 francs). — Ce prix a été décerné à M. le Dr Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour son travail sur la physiologie de la trachée et des bronches; déductions pathogéniques et pathologiques.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Prix Barbier. — Un encouragement de 300 francs a été décerné sur ce prix à M. le Dr Lœvenberg pour son instrument destiné à mesurer la mobilité et l'élasticité de l'appareil tympanique.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix Meynot. — Un prix de 1,600 francs a été décerné à notre collaborateur M. le Dr A. Netter, pour ses recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, la méningite, les abcès sous-périostiques, les altérations de l'oreille moyenne chez les enfants, etc., et un prix de 1,000 francs à M. Goguillot, pour son ouvrage intitulé : « Comment on fait parler les sourds-muets. »

Prix Saint-Paul. — Un encouragement de 2,000 francs à M. le Dr E. Gaucher, pour ses travaux sur le traitement de l'angine diphtéritique; mention avec 500 francs à M. le Dr Gilbert (de Genève), pour son mémoire sur le traitement de la diphtérie et du croup.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. L. Goguillot, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, directeur-fondateur de la *Revue internationale des sourds-muets*, décédé à l'âge de 31 ans.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*.

L'audition colorée, étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par F. SUAREZ DE MENDOZA. (Un vol. de 160 pages, prix : 7 fr. O. Doin, éditeur, Paris, 1890.)

Des déviations et épaississements de la cloison nasale et de leur traitement par l'électrolyse, par L. THILLY. (Impr. nouvelle, 52, rue Ferrandière, Lyon, 1890.)

Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch, mise à la portée du grand public. Traduit de l'allemand avec l'approbation de l'auteur, par E. TUTZSCHER. (W. Hinrichsen, éditeur, Paris, 1890.)

Die laryngologische Section des X internationalen medicinischen Congresses. Berlin, 4 *bis*, 9 August 1890. (La section de laryngologie du Xe Congrès international de médecine de Berlin, du 4 au 9 août 1890, par A. ROSENBERG. (Tirage à part de l'*Int. centr. f. Laryng., Rhinol.*, etc., n°s 4 et 5, 1890.)

Laryngœdem nach Iodkaliumgebrauch (Œdème du larynx

consécutif à l'emploi de l'iodure de potassium), par A. ROSENBERG. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 37; 1890.)

Revue internationale de bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire, dirigée par le Dr J. ROUVIER. (Beyrouth et Paris, 1890.)

An explanation of the phenomena of immunity and contagion, based upon the action of physical and biological laws. (Explication) du phénomène de l'immunité et de la contagion basée sur les lois physiques et biologiques, par J. W. MC LAUGHLIN. (Extrait des *Transactions T. S. M. A.*, 1890.)

Intubation of the larynx in acute and chronic syphilitic, stenosis as a substitute for tracheotomy and the method of Schrœtter (Intubation du larynx dans les sténoses syphilitiques chroniques et aiguës, comme substitution à la trachéotomie et à la méthode de Schrœtter, par G.-M. LEFFERTS. (Extrait du *New York med. Record*, 4 octobre 1890.)

Sur les instituts otothérapeutiques et sur l'éducation du sourd-muet. Lettre du professeur V. COZZOLINO au directeur du « Sordomuto ». (Extrait du *Sordomuto*, novembre 1890.)

Chirurgie endocrânienne pour les suppurations de l'oreille. Correspondance scientifique Politzer-Cozzolino. (Extrait du *Bollettino delle malattie dell' Orecchio, Gola, Naso*, etc., 1890.)

Technique élémentaire de bactériologie, par le Dr J.-C. SALOMONSEN, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Copenhague, traduit sur la 2e édition, par le Dr DURAND-FARDEL. (Un vol. in-8° avec 74 figures, cartonné, prix : 4 fr. Rueff et Ce, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris, 1891.)

Das Cholesteatom des Ohres (Le cholestéatome de l'oreille), par KUHN. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXI, 1890.)

De la rhinite purulente chronique chez l'enfant, par O. LAURENT. (Extrait du *Scalpel*, 19 octobre 1890.)

Ueber Gehörstörungen bei Meningitis cerebrospinalis und ihre anatomische Begründung (Sur les troubles de l'ouïe dans la méningite cérébro-spinale et leur confirmation anatomique), par SCHWABACH. (Tirage à part du *Zeits. f. klin. Med.*, Band XVIII, Heft 3 et 4, 1890.)

Hygiene des Ohres (Hygiène de l'oreille), par V. COZZOLINO. Traduction allemande, par E. Fink. (Brochure de 85 pages; *Druckerei Actien Gesellschaft*, Hambourg, 1891.)

Le Gérant : O. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 53.1.91.

Février 1891. — N° 2.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DES ACCIDENTS QUI ARRIVENT A LA SUITE DES OPÉRATIONS INTRA-NASALES

Par M. LERMOYEZ, ancien interne des hôpitaux.

Tardive mais fatale, la réaction s'est faite contre les excès opératoires qu'avait amenés une généralisation exagérée des découvertes de Voltolini et de Hack. Dans le concert des enthousiasmes précoces, justifiés par des guérisons d'autant plus admirées qu'elles avaient un je ne sais quoi de mystérieux qui captivait l'étonnement, quelques voix discordantes avaient eu peine à se faire entendre. Il y a deux ans encore, la spécialité semblait n'avoir d'oreilles que pour les réflexes d'origine nasale. Les temps sont changés. Maintenant, le silence s'est fait; on peut parcourir nos journaux, sans rencontrer à chaque page l'inévitable histoire de l'asthmatique soulagé par la cocaïne et guéri par la cautérisation intra-nasale.

Qui serait tenté de faire revivre le passé doit méditer ces sages paroles de Frænkel, inaugurant la section laryngologique du congrès de Berlin en 1890 :

« L'étude des réflexes nasaux semble depuis quelque « temps un peu délaissée par les spécialistes. La chose « n'est pas regrettable : il importe à l'avenir de la spécialité « qu'elle procède avec calme et évite toute impétuosité dan- « gereuse. Il faut ne se laisser amener à intervenir dans le « nez que par des indications opératoires rigoureuses ; ne « pas aller chercher au fond des fosses nasales le remède

« à la céphalée urémique ou à la dyspnée cardiaque. On « assurera ainsi le bien des malades, et surtout la confiance « du grand public médical en notre spécialité. »

Les opérations intra-nasales seraient-elles seulement inutiles dans quelques cas, que leur procès serait court. Malheureusement, elles peuvent être dangereuses, et la liste des accidents qu'elles entraînent s'allonge chaque année.

* * *

Ces accidents sont cependant plus rares qu'on se le figure *à priori*, quand on considère, d'une part, la richesse vasculaire du nez, et, de l'autre, l'abondance des microbes qui l'habitent.

Déjà, en 1864, Pirogoff faisait remarquer la bénignité des opérations intra-nasales. Michel (1), Schech (2), Hack (3) s'étonnaient plus tard de la rareté de l'érysipèle de la face dans ces conditions, et l'opposaient à la fréquence des cas où l'érysipèle, dit médical, semble sortir des fosses nasales. Il ne faudrait cependant pas exagérer cet optimisme; maintenant que les opérations intra-nasales sont devenues monnaie courante, les accidents et complications post-opératoires ne se comptent plus. Dans ces trois dernières années, plusieurs auteurs allemands, Voltolini et Ziem en particulier, avaient appelé l'attention sur ces faits malheureux; mais les cas isolés passaient inaperçus. Une communication faite, à ce sujet, par Treitel à la Société de laryngologie de Berlin (4) eut le mérite de grouper les observations éparses, et la discussion qui suivit mit au jour nombre de faits analogues, qui n'attendaient qu'une occasion de se produire. Il faut donc maintenant ouvrir une large colonne de passif au compte des opérations intra-nasales.

Les accidents consécutifs aux opérations qui se pratiquent dans le nez semblent échapper à toute tentative de classi-

(1) Michel, *Krankheiten der Nase*, etc., 1876.
(2) Schech, *Krankheiten der Nase*, etc., 188.5
(3) Hack, *Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten*, 1884.
(4) *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 2.

fication, tant sont variables leurs manifestations. On peut cependant les grouper sous trois chefs principaux, non sans faire remarquer que certaines complications sont susceptibles de telle ou telle explication pathogénique, qui peut les faire ranger ici ou là.

A. — *Accidents infectieux.*	Rhinite diffuse. Abcès sous-muqueux. Diphtérie de la plaie. Conjonctivite. Otite moyenne. Angine — Amygdalite. Erysipèle de la face. Méningite. Arthrite. Pyohémie. Infections innomées. Scarlatine post-opératoire. Réveil des diathèses.
B.— *Accidents nerveux..*	Névralgies. Migraines. Vertiges — Syncope. Troubles visuels. Asthme. Laryngo-spasme. Maladie de Basedow. Dépression générale.
C. — *Accidents mécaniques.*	Hémorragies nasales. Rougeur permanente du nez.

A. — ACCIDENTS INFECTIEUX

L'infection peut naitre sur place ou être importée.

Dans le premier cas, ce sont les hôtes habituels des fosses nasales (pneumocoques, diplocoques de Friedlænder, streptocoques pyogènes, staphylocoques blancs et orangés, etc.) qui pénètrent dans l'économie, soit par la porte que leur ouvre l'opération, soit même à travers la muqueuse intacte,

dont le traumatisme a ralenti la diapédèse phagocytaire normale.

Dans le second, les germes viennent du dehors. Mais l'air inspiré les apporte moins souvent qu'on ne le suppose : les instruments mal désinfectés, les irrigations faites avec des liquides non aseptiques, et surtout les doigts du malade sont leurs véhicules les plus ordinaires.

Il peut se faire encore que la stagnation dans les fosses nasales des sécrétions de la muqueuse y crée un milieu de culture capable d'exalter la virulence atténuée des microbes pathogènes qui y sommeillent en tous temps.

Au reste, chaque complication semble réclamer un mode pathogénique un peu spécial.

Rhinite diffuse. — C'est simplement l'excès de réaction post-opératoire de la pituitaire. Ce peut être aussi un simple coryza dû à un refroidissement contemporain (Treitel).

Abcès sous-muqueux. — Mode de terminaison bien rare de cette rhinite secondaire. La limitation étroite de cet abcès semble indiquer leur origine staphylococcique. Il s'agit évidemment d'une infection toute locale, la collection purulente se produisant d'ordinaire au niveau de la plaie. Jamais, ici ne se montre de déformation nasale, comme dans l'abcès chaud de la cloison, si bien étudié dans ces derniers temps par le Dr Gouguenheim (1).

Diphtérie de la plaie. — Ce mot doit être pris ici dans un sens très vague. A la suite de cautérisation au galvanocautère, une sorte de fausse membrane peut recouvrir la plaie et se reproduire parfois avec ténacité quand on l'arrache. Jamais elle ne témoigne de tendances envahissantes; elle n'a du reste aucune analogie anatomique avec la fausse membrane d'origine épithéliale de la diphtérie vraie, et ne présente pas de cellules rameuses de Wagner. C'est simplement une eschare fibrineuse ou purulente, suivant la profondeur de la cautérisation (Sandmann). Bresgen (2)

(1) Communication au congrès de Berlin, 1890, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1890, n° 9.

(2) *Eulenburg's Real Encyclopædie.* — Bd XVI.

mentionne aussi cet incident; des badigeonnages à la glycérine iodée en viendraient aisément à bout.

Conjonctivite. — Phénomène de peu d'importance qui se produit du côté opéré. Il est exceptionnel : sa pathogénie est encore peu étudiée; on pourrait, à ce propos, soutenir les différentes hypothèses qui seront soulevées plus loin, au sujet des complications angineuses.

Otite moyenne. — Voici un accident sérieux et bien autrement fréquent que les précédents. Presque tous les opérateurs l'ont noté. Krakauer ne l'a vu que du côté opéré, mais il insiste sur le nombre relativement important des cas où il succède à l'opération; Voltolini l'a souvent observé. M. Cartaz (1), dans un article qui vise plus spécialement les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, appuie également sur cette fréquence. L'inflammation de la caisse est le plus souvent bénigne; elle a pu cependant amener quelquefois la perforation du tympan. Cette otite est évidemment d'origine infectieuse; l'inflammation de la pituitaire gagne l'oreille moyenne, par continuité de tissus. On peut également se trouver en présence d'une récidive d'otite ancienne, provoquée par le traumatisme opératoire. Enfin le refroidissement joue peut-être un rôle dans sa production, car Moldenhauer, cité par Cartaz, n'observe plus d'otites secondaires depuis qu'il fait garder le lit aux malades après l'opération.

Angine amygdalite. — Ceci est un des points les plus intéressants de notre étude.

Treitel (2) soutient qu'il est le premier à décrire cette complication, et déclare ne l'avoir vue nulle part signalée dans la littérature médicale ; naturellement aucune revue française ne figure dans sa bibliographie. Il ignore donc que près d'un an avant lui, M. Ruault (3) publiait sur ce sujet un excellent travail, où il indiquait nettement la pathogénie de cet accident, dont l'auteur allemand semble mal saisir le mécanisme. A cela près, les conclusions auxquelles les

(1) *Archives de laryngologie et de rhinologie*, juin 1890.
(2) *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1890, nos 16 et 17.
(3) *Archives de laryngologie et de rhinologie*, avril 1889.

deux auteurs arrivent chacun de son côté sont presque identiques.

Un premier point est acquis : cette complication est infiniment plus fréquente à la suite des cautérisations que consécutivement aux opérations faites à froid.

Un second point, également hors de doute, est que l'amygdalite se manifeste surtout quand la perte de substance porte sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur ; elle est plus rare à la suite de lésion antérieure de ce cornet, et devient tout à fait exceptionnelle quand l'intervention a lieu à la partie supérieure des fosses nasales. Et cette constatation a été faite si souvent qu'on la peut ériger en loi.

A quel moment la gorge se prend-elle? D'un à trois jours après l'opération ; mais s'il s'agit d'une cautérisation, on peut, dans quelques cas rares, observer l'invasion tardive de l'angine au moment de la chute de l'eschare.

L'angine érythémateuse se voit peu. Ordinairement, on observe une amygdalite lacunaire, souvent unilatérale, et alors indifféremment correspondante ou opposée au côté du nez opéré.

L'incubation moyenne de un à trois jours est constante. Depuis longtemps, Gruenberg avait observé que les malades qu'il envoyait à Berlin subir des opérations nasales étaient pris d'amygdalite seulement après leur retour à Stralsund. Une même observation avait été faite par Rosenberg dans un cas d'extirpation difficile de polypes nasaux avec le crochet de Hack.

Le début est souvent solennel : frisson, fièvre intense, céphalalgie ; l'amygdalite évolue suivant son type classique. Rarement (Ruault), jamais (Treitel), elle ne devient phlegmoneuse. Chose curieuse et indiquée seulement par l'auteur allemand, l'amygdalite ne récidive pas à l'occasion des opérations nasales que le malade peut encore subir les jours suivants : il semble y avoir eu là une vaccination amygdalienne, qui crée un état bactéricide toujours peu durable.

L'inflammation de l'amygdale pharyngée a également été observée.

La pathogénie de cette complication a mis à l'épreuve la sagacité des observateurs.

Treitel l'attribua d'abord à l'action de la chaleur rayonnante sur l'amygdale — frappé de ce fait qu'elle résulte presque toujours de la cautérisation de l'extrémité pharyngienne du cornet inférieur. Mais il abandonna cette explication quand il vit plusieurs accidents résulter de l'emploi de l'anse froide.

Deux hypothèses sont seules soutenables :

1° Il s'agit d'une infection consécutive au traumatisme opératoire ;

2° Il s'agit d'une coïncidence purement accidentelle.

C'est à la seconde que s'arrête Treitel. Il appuie son opinion sur les considérations suivantes :

a) Fréquence de l'angine lacunaire et rareté des autres accidents infectieux après les opérations nasales.

b) Détermination morbide se faisant indifféremment sur l'une ou l'autre amygdale.

c) Apparition de cette complication par séries pseudo-épidémiques.

Mais c'est une bien misérable pathogénie que celle des associations fortuites. Treitel lui-même sent le mal fondé de sa théorie, car il n'est pas éloigné d'accorder à l'opération une certaine influence sur la production de l'amygdalite, dont elle faciliterait la genèse en déterminant la congestion des parties adjacentes. En tous cas, les faits de contagion adventice que Treitel appelle à son aide, et où on trouve dans l'entourage un malade déjà atteint d'amygdalite cryptique, sont exceptionnels. On ne peut non plus accuser l'action de l'air froid inspiré directement par la bouche, puisque déjà, longtemps avant l'opération, la respiration nasale était gênée du fait de la rhinopathie préexistante, sans qu'il y ait eu amygdalite pour cela.

En France, on admet au contraire la subordination directe de l'amygdalite au traumatisme nasal. Mais le problème, ainsi restreint, n'est pas encore résolu : le mécanisme par lequel l'amygdale s'infecte secondairement reste discutable.

La première idée qui vient à l'esprit est celle d'un trans-

port jusqu'à l'amygdale, par voie lymphatique, des germes entrés par la plaie nasale. On est obligé de l'abandonner quand on considère que ce n'est pas toujours l'amygdale correspondant au côte opéré qui s'enflamme, et que du reste les opérations portant sur l'anneau lymphatique de Waldeyer déterminent très rarement l'angine secondaire.

Se fondant, sur les travaux de Kannenberg (1880), de Bouchard (1881), de Landouzy (1883), M. Ruault admet un mode de contamination amygdalienne qui semble devoir être tout au moins rare.. Développant cette idée que l'amygdale s'enflamme bien plus souvent par voie sanguine que par voie buccale, il admet l'infection générale de l'économie par les germes que laisse pénétrer la plaie nasale, germes qui, charriés par le sang, viendraient s'arrêter ultérieurement dans le réseau capillaire de l'amygdale, et l'enflammeraient de seconde main par une sorte de retour vers leur point de départ.

Cette théorie semble difficilement généralisable à tous les cas; elle s'appuie sur la doctrine de Kannenberg qu'elle considère comme démontrée, alors qu'en réalité ce n'est encore qu'une hypothèse. Rares en effet sont les cas où l'amygdale est frappée secondairement à titre de détermination particulière de la maladie infectieuse générale ; ils correspondent à ces formes cliniques, décrites par Landouzy, Dubousquet-Laborderie, où les souffrances des reins, de l'intestin, de la rate priment de beaucoup l'angine. Or, à la suite des opérations nasales, ce n'est pas du tout cette forme grave d'amygdalite qu'on observe, mais bien le type habituel, banal de l'angine lacunaire, car la rate conserve ses dimensions, et l'albuminurie n'est pas décélée par les réactifs normaux. Ici, comme dans la diphtérie, comme dans la généralité des maladies à porte d'entrée amygdalienne (Jeanselme) (1), il y a d'abord infection locale, amenant secondairement infection ou intoxication générale; la fièvre ne manque pas; tout l'organisme est touché; mais je crois qu'il faut renverser l'ordre des termes admis par M. Ruault: pour

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1890, n° 11.

employer une comparaison qui me fasse comprendre, je dirais volontiers que dans ce complexus infectieux, l'amygdalite est chancre et non pas plaque muqueuse.

Vraisemblablement, chez ceux dont les amygdales s'enflamment à la suite des opérations intra-nasales, il y a auto-infection tonsillaire. On ne peut pas ne pas tenir compte, en l'espèce, de la flore si riche des cryptes amygdaliennes, vrais nids à microbes ; au fond de celles-ci l'épithélium manque souvent ; ailleurs, il est si mince que les germes peuvent le traverser sans grande effraction. Contre cette invasion, l'amygdale lutte sans cesse et acquiert, dans bien des cas, une hypertrophie de défense ; dans ses follicules, la phagocytose est énergique ; le courant diapédétique des cellules lymphatiques vers sa surface coule sans relâche. Mais un coup de froid trouble la série de ces actes défensifs : un effet inhibitoire se produit sur la réaction amygdalienne, qui l'annule, et permet aux microbes des cryptes de pénétrer dans le sang (1). Ce que fait le froid, le traumatisme, ce coup de froid chirurgical, peut aussi le réaliser. L'inhibition opératoire nasale, qui arrête les réflexes à distance, peut faire le mal comme le bien, et je crois que dans la majorité des cas — non pas certainement dans tous — si l'individu à qui on brûle un cornet inférieur prend une amygdalite aiguë, ce n'est pas parce qu'il fait une infection générale dont l'unique détermination locale viendrait par un heureux hasard se manifester au voisinage de la porte d'entrée, mais bien parce qu'il perd momentanément sa résistance locale aux microbes qu'il héberge dans ses cryptes amygdaliennes ; ce sont ses amygdales qui l'infectent : ce n'est pas lui qui les contamine en leur envoyant du sang adultéré. Bien heureusement, cet effet inhibitoire ne s'exerce qu'à courte distance ; la plupart du temps, la secousse imprimée à l'organisme n'est pas assez grande pour faire apparaître l'auto-infection pulmonaire ou intestinale.

Par sa théorie de l'amygdalite secondaire à une infection primitivement générale, M. Ruault est embarrassé pour ex-

(1) Bouchard, Congrès de Berlin 1890.

pliquer la prédominance d'influence des régions postérieures sur les régions antérieures, des régions inférieures sur les régions supérieures du nez.

C'est un fait connu que la bénignité ordinaire des opérations pratiquées dans les régions nasales supérieures : l'extirpation des polypes muqueux, même faite par des mains malhabiles, est inoffensive. Pourquoi cela ? M. Ruault trouve une explication très séduisante de ce fait dans la direction du courant d'air inspiré, qui balaie à l'état naturel le plancher des fosses nasales, mais ne pénètre pas dans la cavité supérieure, et par conséquent ne leur apporte pas de microbes.

Mais, contre cette doctrine, il y a d'abord ceci : que les malades opérés dans le nez respirent les premiers jours par la bouche. Il faut ensuite reconnaître que l'air inspiré est bien pauvre en microbes pathogènes, et que ceux-ci arrivent le plus souvent au nez par transport direct (instruments, doigts, lavages aseptiques). Enfin, l'auto-infection nasale, qui est le mode de contamination le plus fréquent, se produit, quel que soit l'endroit du nez où la porte s'ouvre aux microbes. Admettons néanmoins comme probable cette contamination par l'air inspiré : dans ce cas, les plaies nasales devraient d'autant mieux amener l'amygdalite qu'elles sont plus antérieurement situées, plus rapprochées de l'orifice d'entrée des narines. Or, l'inverse est vrai ; M. Ruault nous le dit : souvent, tel malade, qui a supporté impunément une cautérisation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, prend une amygdalite dès qu'on vient à toucher à la partie postérieure de cette région.

Admettre au contraire l'auto-infection locale par action suspensive du choc opératoire sur la phagocytose de l'amygdale aide à résoudre aisément ce problème.

L'inhibition post-opératoire se produit à courte distance, parce que le choc est lui-même plus intense ; elle a d'autant plus de chance de se montrer que l'irritation produite est plus énergique (danger plus grand des opérations à chaud) et qu'elle porte sur une région plus voisine de l'amygdale (sur l'extrémité postérieure des cornets inférieurs principa-

lement). De même, le coup de froid inhibitoire produit bien mieux l'auto-infection pulmonaire, la pneumonie, s'il porte sur le thorax que s'il s'exerce sur une région éloignée.

Erysipèle de la face. — Avec les auteurs allemands, on ne peut que s'étonner de la rareté de cet accident à la suite des opérations nasales. Ce n'est pas à dire qu'on ne l'ait jamais observé. Voltolini (1) le signale ; Ziem (2) l'a vu surtout après l'ouverture du sinus maxillaire. En revanche, Treitel ne l'a presque jamais noté à la policlinique de Frænkel, mais Krakauer en fait mention. Il est probable que les cas sont plus nombreux qu'on ne le dit : ainsi les traités spéciaux ne relatent pas qu'un oculiste français succomba, il y a deux ans, à la suite de cette complication.

Une faute d'antisepsie suffit pour la produire. Le streptocoque de Fehleisen est partout : Emmerich a démontré sa présence dans la poussière des habitations mal tenues. De plus, non seulement l'agent pathogène vit autour de nous, mais encore en nous ; chez un cinquième des gens bien portants, il existe normalement dans les fosses nasales; de là, la possibilité d'une auto-infection. Enfin, le refroidissement contracté après l'opération est une cause puissante qui, le plus souvent, décide l'infection de l'économie. De là découlent ces deux notions prophylactiques : propreté et chaleur.

L'érysipèle post-opératoire est souvent plus grave que l'érysipèle dit spontané de la face.

Méningite. — Voltolini parle le premier de cette terrible complication, qu'il a vue suivre de près l'extirpation des polypes muqueux du nez. Krakauer en fait aussi mention. La mort est constante.

On sait que depuis les travaux de Netter, d'Adenot, les méningites secondaires se rangent en deux catégories : 1° *méningites métastatiques ;* infection des méninges par les microbes en circulation dans le sang, et qui, dans l'espèce, auraient pénétré par la plaie nasale ; 2° *méningites directes,*

(1) VOLTOLINI, *Die Krankheiten der Nase*, 1888.
(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, n° 19.

dans ce cas les agents virulents se porteraient directement des fosses nasales aux méninges, en suivant les veines, les cordons nerveux, ou même en cheminant de proche en proche dans la continuité des tissus. Ce second mode de contamination doit être le plus fréquent à la suite des opérations nasales: rien n'est plus facile aux microbes que de pénétrer dans la boite cranienne à travers les trous de la lame criblée de l'éthmoïde. Le cas rapporté par Voltolini vient encore à l'appui de cette interprétation; la méningite a suivi l'extirpation de polypes muqueux, pratiquée dans les zones supérieures des fosses nasales, le point d'entrée des bactéries se trouvant ainsi rapproché de leur lieu d'arrivée.

Vraisemblablement, ces méningites doivent être consécutives à des auto-infections nasales, streptococciques ou pneumococciques.

Arthrites. — Il s'agit dans ce cas d'infections à déterminations articulaires, parfois isolées. Ainsi, Krakauer signale une arthrite aiguë du coude gauche, consécutive à l'ablation d'un sarcome de la fossette de Rosenmüller. Avant lui, Hack avait déjà vu les articulations de la main se gonfler à la suite de l'extirpation de polypes nasaux. Krakauer a encore observé une attaque de rhumatisme articulaire aigu, franc, suivant de près l'opération. On peut admettre, dans ce dernier cas, que le traumatisme a déterminé l'explosion de la polyarthrite — fait de notion courante — sans avoir besoin de recourir à l'hypothèse d'un pseudo-rhumatisme infectieux.

Pyohémie. — Franchissons un degré de plus dans l'intensité de l'infection, et nous arrivons à la pyohémie. C'est encore Voltolini qui la signale à la suite de l'extirpation de polypes muqueux. Schneider (1) l'a vue également se produire chez un épileptique, à la suite de la même opération, qui semblerait donc avoir le privilège de cette terrible complication. Mais n'est-ce pas là aussi l'opération nasale la plus couramment pratiquée par les non-spécialistes? Peut-être

(1) *Berlin, klin. Wochenschr.*, 1889.

sa bénignité apparente encourage-t-elle à un certain laisser aller antiseptique parfois funeste.

Infections innomées. — Il arrive souvent qu'à la suite d'une opération pratiquée dans le nez, le patient éprouve un malaise vague, une irritabilité spéciale ; il a des maux de tête, l'appétit disparait ; la fièvre se produit surtout le soir; parfois même elle atteint de hautes températures (Hack). Cette hyperthermie, jointe à la pâleur du malade, fait supposer une infection dont aucune localisation ne vient donner la clé. Peu de jours après, le malade reprend son état de santé antérieur. Quel agent pathogène faut-il incriminer dans ce cas? Cela est bien difficile à dire. Au reste, à ne considérer que ceux qui habitent une cavité pharyngo-nasale, combien y en a-t-il dont nous sachions au juste le mode d'action? Ainsi, par exemple, que fait ce *bacillus crassus sputigenus* qu'on rencontre surtout dans les cryptes amygdaliennes, et dont les cultures renferment une substance éminemment toxique? En tous cas, il est sage d'admettre, avec M. Ruault, que la plaie nasale a été la porte ouverte à cette infection.

Scarlatine post-opératoire. — Les observations en sont très rares : je n'en connais que deux.

Dans un cas, Treitel vit la scarlatine éclater deux jours après l'ablation d'un éperon de la cloison ; il lui fut impossible de remonter à la source de la contagion.

Une autre fois, Heymann observa chez un jeune enfant une scarlatine débutant le lendemain d'une cautérisation du cornet inférieur. Cette éruption fut prise à tort pour un exanthème cocaïnique: l'enfant, remis imprudemment en circulation, eut dans la suite une néphrite scarlatineuse. Il y avait eu antérieurement des cas de scarlatine dans l'entourage des malades.

Admettre une contamination coïncidente est la seule manière d'envisager les rapports de l'exanthème avec les opérations nasales; cette contagion s'affirme dans le cas de Heymann. Au reste, cette question de la scarlatine des opérés est résolue depuis longtemps; Paget l'avait posée en

Angleterre dès 1864; Marsh lui avait répondu en montrant que la scarlatine traumatique, fréquente à Children's Hospital, tant que les opérés demeuraient au voisinage de scarlatineux, était devenue très rare dès que ceux-ci avaient été isolés. Il faut donc admettre une simple coïncidence morbide, l'état actuel de nos connaissances sur l'agent figuré de la scarlatine ne nous permettant pas de savoir si la plaie nasale joue un rôle dans l'infection présente.

Mais avant d'accepter le diagnostic de scarlatine chez un opéré, il faut éliminer avec soin les éruptions toxiques (cocaïne, antipyrine, etc.) et les éruptions scarlatiniformes consécutives aux opérations et aux blessures, étudiées par Stilling; dans ces cas, l'absence de fièvre et d'angine, la rapidité d'évolution de l'exanthème guident le diagnostic.

Réveil des diathèses. — Faute d'une meilleure place, je classe ce groupe à la suite des accidents infectieux vrais. Les observations en doivent être fréquentes, mais peu ont été publiées; au cas de Treitel, concernant un syphilitique chez qui la résection d'un éperon de la cloison entraîna une carie spécifique du septum et d'une grande partie de la paroi externe des fosses nasales, on peut joindre le fait de Krakauer, signalé plus haut, où le traumatisme opératoire fut l'occasion du réveil d'un rhumatisme articulaire aigu. Curtis (1) a également cité des cas où l'opération nasale détermina presque immédiatement le rappel d'un accès de goutte, et il conseille, à ce propos, de ne jamais intervenir dans le nez des goutteux.

B. — ACCIDENTS NERVEUX

Les accidents infectieux, que nous venons de passer en revue, ne sont pas très fréquents; la liste en est longue, mais heureusement les cas en sont rares. Rien de plus commun, au contraire, que les réactions nerveuses post-opératoires; elles semblent compenser leur bénignité par leur multiplicité.

(1) *Medical Record*, 4 janvier 1890.

Il serait difficile de comprendre qu'il en fût autrement. Hack a complaisamment insisté sur ces faits, qui confirmaient sa théorie. Du moment que chez un prédisposé (névropathes, neurasthéniques, arthritiques, etc.) l'irritation pathologique d'une certaine zone de la pituitaire peut devenir prétexte à manifestations nerveuses à distance, l'excitation opératoire de ce même point doit évidemment entraîner les mêmes réflexes, le système nerveux ne fait pas de distinction entre la maladie ou le médecin qui le met en branle.

D'où résulte que dans la série des accidents nerveux post opératoires, on retrouve, terme pour terme, la liste des réflexes pathologiques d'origine nasale ; qui sait les uns, connait les autres ; il n'est pas jusqu'à la maladie de Basedow, que le galvanocautère, nouvelle lance d'Achille, ne puisse guérir ou créer de par le nez.

Dans d'autres cas, la cautérisation de la pituitaire ne fait qu'exagérer les réflexes préexis, qu'elle avait pour mission de guérir. Laurent, de Hal (1) croit que la cicatrice englobe les terminaisons du trijumeau, les tiraille en se rétractant et les irrite encore plus que ne le faisait le tissu morbide auquel elle s'est substituée; et, en effet, l'excision de la cicatrice (Rethi) a, dans quelques cas, fait cesser les symptômes nerveux post-opératoires. Mais comme, la plupart du temps, la scarification ou l'extirpation de la cicatrice sont restées sans résultats, il y a lieu d'admettre que c'est souvent l'acte opératoire lui-même qui, agissant dans le même sens que la maladie, a doublé l'intensité des réflexes nasaux par suite de l'augmentation de l'incitation venue du nez.

Étudions les principaux types de réactions nerveuses qui suivent l'opération nasale.

Névralgies.— D'une façon générale, les localisations des phénomènes douloureux correspondent assez fidèlement aux diverses zones de la pituitaire touchées par l'instrument : douleurs dans la zone des nerfs sphéno-palatins si la cloison est atteinte ; douleurs sus-orbitaires si l'opération a lieu dans les fosses nasales antérieures ; douleurs occipitales si

(1) *Ann. des mal. des or. et du larynx*, 1890, n° 7.

l'intervention a porté dans les parties postérieures. C'est surtout, en définitive, dans les branches du trijumeau que s'irradient les excitations douloureuses ; la névralgie faciale est le mode de réaction le plus habituel; dans la grande majorité des cas, elle correspond au côté opéré. Chez ceux dont la susceptibilité nerveuse est très grande, les douleurs peuvent s'irradier jusque dans le plexus cervical et brachial (Hack, Treitel).

Certaines conditions favorisent la production de ces névralgies consécutives. Avant tout, elles se montrent principalement chez les membres de la famille névropathique. Treitel fait en outre remarquer que les douleurs ont grande chance de se manifester quand on pratique une seconde opération nasale, alors que la plaie consécutive à la première intervention n'est pas encore guérie. Peu importe que le malade ait été ou non cocaïnisé au moment de l'opération, car l'excitation des terminaisons nerveuses de la pituitaire, alors même qu'elle n'est pas subjectivement perçue, n'en existe pas moins.

Ces névralgies post-opératoires durent ordinairement peu de jours, sauf dans les cas où celles-ci ne sont qu'un rappel d'accidents antérieurs.

Migraines. — Ce qui est vrai pour les névralgies l'est également pour les migraines, avec cette différence qu'ici le terrain neuro-arthritique est indispensable à l'établissement de ce réflexe spécial.

Vertiges, syncopes. — Ces accidents sont assez fréquents; ils se produisent surtout, comme le fait remarquer Treitel, chez les personnes pusillanimes, qui manifestent une peur extrême de l'opération. Chez de tels sujets, alors même qu'une cocaïnisation vigoureuse a rendu l'intervention complètement indolore, on voit presque immédiatement le visage pâlir, la peau se couvrir de sueurs profuses; le pouls devient filiforme; le malade ressent des nausées, de la constriction temporale, et si l'on n'a soin de le coucher horizontalement suivant le précepte de Piorry, la lipothymie fait place à la

syncope (Sommerbrodt). Schadewaldt (1) insiste sur la possibilité de prévenir de pareils accidents en mesurant la sensibilité de la pituitaire au moyen d'une prise de tabac : l'intensité des éternuements ainsi produits renseigne l'opérateur.

Troubles visuels. — Rosenberg (2) cite un fait, tiré de sa pratique personnelle, dans lequel, à la suite d'une légère cautérisation du nez pour un coryza vaso-moteur, il vit se produire une cécité absolue pendant les sept premières minutes qui suivirent l'opération.

Asthme.— La guérison de l'asthme a été au début la pierre angulaire de la doctrine de Hack ; là est le triomphe de la méthode; là aussi est le point de départ de l'engouement qui faisait chercher dans les fosses nasales la guérison de l'incontinence nocturne d'urine ou de l'idiotie. Ainsi que je l'ai dit plus haut, Hack collectionnait, avec un soin jaloux, tous les cas heureux ou malheureux qui appuyaient son enseignement, et il considérait qu'il n'y avait pas de preuve plus convaincante à l'appui de sa théorie des réflexes nasaux, que le fait de voir des accès d'asthme apparaître à la suite de l'extirpation des polypes du nez ; il y metttait pourtant cette restriction, que de pareils accidents ne peuvent se produire que chez les prédisposés. Malgré le cas récent d'Aronsohn (3), qui vit, à la suite d'une extirpation de polypes, un accès d'asthme éclater chez un prédicateur de trente-cinq ans qui n'avait jamais eu antérieurement de crises dyspnéiques, il est logique d'admettre que la diathèse arthritique est la condition *sine qua non* qui régit la production du réflexe asthme pré ou post-opératoire.

Spasme de la glotte.— Rethi (4) rapporte un cas de spasme de la glotte intense survenu à la suite d'une cautérisation nasale ; les accès dyspnéiques ne cessèrent que lorsqu'il eut extirpé la cicatrice qui faisait l'effet de zone spasmogène.

(1) Société Laryngol. de Berlin, 25 novembre 1890.
(2) *Berlin klin. Wochenschrift*, n° 2, 1889.
(3) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889.
(4) *Intern. Klin. Rundschau*, n° 51 et 52, 1889.

Maladie de Basedow. — On connaît l'observation étrange publiée par Hack (1886). Il s'agissait d'une jeune fille atteinte, en même temps que d'un goitre exopthalmique, d'une forte rhinite hypertrophique. Or, à mesure qu'il traitait celle-ci par la galvanocaustique, Hack vit l'exophtalmie disparaître du côté de la narine cautérisée. En même temps, la vision redevint normale, la tachycardie cessa, la tumeur du cou diminua. En présence de ce cas unique, Hack n'osa pas édifier sur lui une nouvelle théorie de la maladie de Basedow. Depuis lors, quatre cas presque analogues ont été publiés.

Récemment, cette observation vient d'avoir son pendant dans l'ordre des réflexes nasaux créés et non plus guéris par l'intervention. Semon (1) rapporte un cas où l'opération nasale a déterminé l'apparition d'une maladie de Basedow sous une forme cependant un peu fruste.

Nous pouvons donc actuellement être plus hardis que Hack et admettre l'influence déterminante de la lésion nasale sur la production de la maladie de Graves. Mais, comment concevoir cette physiologie pathologique? Rien n'est plus simple maintenant qu'on tend à faire de la syndrome de Basedow une névrose générale, qui, au même titre que l'hystérie, l'épilepsie, pourrait être créée ou même réveillée par les troubles nasaux, jouant en la circonstance le rôle d'agents provocateurs chez un hérédo-nerveux.

Dépression générale. — Certains individus ayant presque toujours une tare nerveuse, présentent, à la suite des opérations et surtout des cautérisations du nez, une série de phénomènes inexplicables en apparence. Peu à peu, dans les jours qui suivent l'opération, se développe une lassitude physique extrême, avec brisement général, crampes et points douloureux musculaires, apathie invincible, en même temps que dans l'ordre moral se montrent une tristesse inquiète, un sentiment de vide et de non-vouloir qui, par certains côtés, confine à la lypémanie. Cet état se prolonge pendant plusieurs semaines, puis doucement, sans transition, le patient revient à son état physique et intellectuel

(1) *British med. journ.*, 20 avril 1889.

antérieur. Pendant tout ce temps, il n'y a pas eu trace de fièvre, pas d'anorexie, pas de troubles digestifs, aucun signe de dénutrition qui puisse faire penser à ces infections vagues, sans localisations étudiées plus haut. De pareils faits ont été également observés chez les vieillards par Semon, qui leur met l'étiquette de *dépression nerveuse*.

A quoi attribuer ces accidents? Treitel accuse la fatigue causée par le manque de sommeil, celui-ci résultant de la gêne respiratoire, de la douleur, et d'autres causes encore. Mais en admettant même que cette cause fût applicable à tous les cas (ce qui n'est pas — la plupart des individus ainsi prostrés n'ayant ni insomnie, ni douleurs post-opératoires), elle n'explique pas du tout pourquoi ces accidents nerveux généraux persistent plusieurs semaines, alors que depuis longtemps la plaie nasale est cicatrisée. Il me semble, au contraire logique d'admettre, que le traumatisme nasal, si minime soit-il, peut faire éclore une crise de neurasthénie aiguë qui n'attendait que cette occasion pour naître, et que de pareils faits sont entièrement comparables aux nombreux cas actuellement rangés dans le groupe de l'hystéro-traumatisme, avec cette différence que, dans l'espèce, ce sont bien plus souvent les symptômes vagues de la neurasthénie que la syndrome nette de l'hystérie qu'on met en jeu.

C. — ACCIDENTS MÉCANIQUES

Hémorragies nasales. — Disons seulement deux mots au sujet de cette complication, que l'on trouvera étudiée dans tous les traités classiques.

Elle peut être immédiate pendant l'opération ou se montrer tardivement à la chute des eschares. En général, sa gravité est nulle, sauf chez les hémophiles, qu'il ne faut du reste opérer à aucun prix.

Elle est surtout à craindre à la suite de l'extirpation de polypes à l'aide de la pince ; l'emploi du serre-nœud la restreint. Quant aux cautérisations bien faites, elles ne donnent lieu qu'à un écoulement de sang insignifiant. L'épistaxis

est surtout à redouter quand l'opération porte sur la partie du nez la plus riche en tissu érectile, le cornet inférieur.

Il y a enfin deux recommandations capitales que l'on ne doit jamais négliger : 1° choisir pour intervenir chez la femme la période intermenstruelle ; 2° ne jamais intervenir au cours d'une rhinite aiguë, et retarder l'opération d'une semaine au moins pour que l'inflammation soit calmée. Ainsi l'hémorragie sera évitée presque à coup sûr.

Rougeur permanente du nez. — On sait que la rhinite chronique hypertrophique est considérée comme une des causes ordinaires de la rougeur de la peau du nez, et que le traitement nasal a parfois pour résultat de rendre à celle-ci sa blancheur primitive. L'inverse peut avoir lieu : l'observation suivante, où la cautérisation des cornets entraîna à sa suite une rougeur permanente de la peau du nez, est, je crois, la première en son genre qui ait été publiée.

Observation personnelle. — Une jeune femme de vingt-cinq ans, ouvrière, mère de deux enfants, vient me trouver en octobre 1888 pour que je la débarrasse d'une sorte de tic nasal dont le début remonte déjà à plusieurs années, mais qui s'est récemment très aggravé à la suite d'une rougeole assez sérieuse. Ce tic consiste en reniflements sonores, se reproduisant à intervalles irréguliers, mais ayant leur maximum après le repas du soir. Ce reniflement est voulu : il est causé par une sensation pénible de gonflement à l'intérieur du nez ; il semble à la malade que sa narine se bouche, mais elle a beau se moucher, « il ne vient rien ». Cette sensation prédomine du côté gauche. Extérieurement, le nez ne présente aucune modification de couleur. La rhinoscopie antérieure montre un gonflement accentué du tissu érectile de la fosse nasale gauche, surtout marqué au niveau du cornet inférieur ; la fosse nasale droite est presque normale. A la suite des repas, la turgescence des parties malades augmente notablement.

Cette jeune femme est franchement neurasthénique. Elle présente de plus une dilatation stomacale moyenne donnant lieu à quelques troubles dyspeptiques. Il est certain que la congestion de la muqueuse nasale, qui suit les repas, est un accident réflexe vaso-moteur d'origine gastrique. La répétition fréquente

de l'hyperémie a amené un état inflammatoire chronique ; mais la lésion nasale n'engendre pas, à son tour, d'accidents réflexes de seconde main.

En quelques séances de galvanocaustique, je rétablis la perméabilité de la narine gauche. A la chute de l'eschare, une cicatrice se produit aux lieu et place du tissu érectile détruit ; la malade cesse de produire son reniflement sonore ; elle déclare ne pas se souvenir d'avoir jamais si aisément respiré par le nez.

Deux mois après, tout est à recommencer. Reniflement, gêne respiratoire nasale après les repas ont reparu, mais cette fois les accidents ont leur maximum à droite. Je constate alors que la muqueuse du cornet inférieur droit, qui, antérieurement presque normale, n'avait pas été soignée, a acquis en quelques semaines un épaississement remarquable. Même traitement par la galvanocaustique, même soulagement presque immédiat.

Cette fois, reniflement, gêne respiratoire nasale ont définitivement disparu. Mais bientôt un nouvel élément morbide entre en scène. La peau du nez commence à rougir après les repas, tandis que jusqu'alors elle avait présenté une coloration normale. Cette rougeur, d'abord passagère, ne tarde pas à s'établir à demeure, puis elle s'accentue au point qu'après le repas du soir, le nez devient tendu, luisant, violacé ; sa température locale s'élève, et la malade y accuse une sensation pénible de cuisson. Malgré cela, aucun trouble de respiration nasale.

Furieuse de cette atteinte portée à sa physionomie, la malade n'hésite pas à en accuser les cautérisations nasales. Jamais elle n'avait eu auparavant le nez coloré, et c'est à la suite de l'intervention opératoire que la rougeur est apparue.

Une hygiène sévère de l'estomac atténue dans la suite, mais n'arrive pas à supprimer cet inconvénient.

L'enchainement des faits, dans le cas présent, est aisé à saisir. Sous l'influence de la répétition des congestions céphaliques, si fréquentes à la suite des repas qu'elles sont presque un réflexe normal, et qui actuellement étaient exagérées par la dyspepsie, il s'est produit à la longue une tuméfaction du tissu érectile de la fosse nasale gauche, d'où dyspnée nasale et reniflement. Après la première opération, le sang ne trouvant plus sa voie dans la cicatrice substituée au tissu caverneux détruit, une circulation complémentaire a peu à peu gonflé le tissu érectile de la fosse nasale droite,

Celui-ci ayant été détruit à son tour, le sang, qui continuait à affluer vers le nez, a dû chercher d'autres voies de retour, et ne trouvant plus de passage suffisant dans la muqueuse, il s'est dérivé vers la peau du nez. De cette télangiectasie sous-cutanée, compensant l'insuffisance définitive de la circulation intra-nasale, est résultée une rougeur du nez qui probablement ne disparaîtra plus; les larges anastomoses entre la circulation des parties antérieures des fosses nasales et celle du nez facilitent cette suppléance.

Cette observation montre encore un des inconvénients possibles des cautérisations intra-nasales. Il est certain que si chez cette malade on s'était contenté de traiter énergiquement la dyspepsie, cause première de tous les accidents, on aurait supprimé les poussées congestives vers la tête, et diminué notablement les troubles nasaux sans avoir eu besoin d'employer le galvanocautère; et, de plus, le traitement médical ne l'aurait pas défigurée.

Si légère qu'elle paraisse, cette complication a son importance, et mérite qu'on la prenne en considération; pour ma part, je ne consentirai jamais, sauf le cas d'absolue nécessité, à porter le galvanocautère sur la muqueuse nasale d'une jeune femme, et à m'exposer ainsi à substituer à une gêne cachée une infirmité apparente; mieux vaut souvent pour elle souffrance légère que laideur. Combien, du reste, diminuerait le nombre des opérations qu'on pratique dans le nez, si l'on ne faisait que celles dont la nécessité s'impose, et surtout si, dans le traitement des accidents nerveux dits réflexes, on s'adressait à la cause première de tout le mal (neurasthénie, dyspepsie, métrite, etc.), et non pas à la lésion nasale, qui, le plus souvent, n'est entre la cause et l'effet qu'un intermédiaire négligeable.

II

FIBROME KYSTIQUE VOLUMINEUX DU LARYNX. — EXTIRPATION ENDOLARYNGÉE SANS TRACHÉOTOMIE,

Par **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Marie V..., âgée de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu vers le milieu d'avril 1889. Elle est adressée par le Dr Haste (de Romans), à mon distingué et regretté collègue et ami Daniel Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Le Dr Haste avait constaté chez elle une tumeur volumineuse du larynx. La tumeur avait depuis peu pris un tel développement que les fonctions respiratoires étaient déjà compromises.

La malade présente toutes les apparences d'une santé parfaite; elle raconte qu'à l'âge de 10 ans sa voix fut complètement changée. Le sommeil était devenu bruyant, et la respiration s'entendait à une grande distance.

Au dire de la malade, les troubles vocaux sont stationnaires depuis l'enfance. La voix a un timbre tout particulier, elle paraît couverte. La résonance est basse, on croirait entendre la voix d'un ventriloque simulant la parole d'une personne éloignée. Ajoutons que la malade a toujours chanté malgré sa tumeur. Bien entendu, la voix laissait fort à désirer.

Il y a six mois, à la suite d'une frayeur, elle a pris des étouffements, qui paraissent avoir été absolument nerveux. Elle éprouve d'ailleurs fréquemment une sensation de constriction nerveuse au niveau du cou, et cette sensation a persisté même après l'ablation de la tumeur.

Le 25 avril, quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, le Dr Mollière eut la bonté de me la présenter pour m'en confier l'opération.

A l'examen laryngoscopique, je constate une tumeur volumineuse arrondie, située principalement sur le côté droit du larynx, au niveau du ligament aryténo-épiglottique.

La tumeur surplombe au-dessus du larynx et pend en grande partie dans l'infundibulum laryngien. Son volume égale celui d'une petite noix ; il est tel que le néoplasme dépasse en arrière la limite aryténoïdienne, masquant ainsi totalement l'éminence aryténoïde droite. La surface de la tumeur a un aspect grisâtre un peu rosé; elle est lisse, comme tendue. A cause de cette apparence, M. Mollière porte le diagnostic de kyste dermoïde. Il avait en effet observé, quelques années auparavant, avec le Dr Blanc, deux cas de tumeurs kystiques volumineuses ayant

(Fig. 1.)

une grande analogie avec le cas actuel. Je dois ajouter ici que le Dr Haste avait remis à la malade un croquis de la tumeur tout à fait conforme à ce que nous observions.

Soupçonnant une tumeur kystique, M. Mollière me prie de pratiquer la ponction de la tumeur. J'anesthésie le larynx à la cocaïne et j'introduis directement sur la surface de la tumeur un couteau galvanocaustique. Je plonge le couteau, à deux reprises différentes, à une profondeur de un centimètre au moins. L'examen laryngoscopique, pratiqué aussitôt après, me démontre que la poche ne s'est pas affaissée.

Confiant dans la présence de M. Mollière, je propose d'enlever la tumeur à l'anse galvanocaustique par les voies naturelles et sans pratiquer la trachéotomie. Je prends un fil de platine d'assez fort diamètre, et je le monte sur un manche d'écraseur solide.

La tumeur est facilement pédiculisée par le fil, mais la section est assez laborieuse. M. Mollière se charge de resserrer progressivement l'anse en déployant une force assez grande. En même temps, j'établis le courant par de petites pressions répé-

tées sur l'interrupteur du manche. Au bout de quelques instants, l'instrument cède et j'amène au dehors une tumeur volumineuse. La tumeur a été enlevée en totalité comme l'indique d'ailleurs l'examen du larynx.

De suite après l'opération, la malade est soulagée; elle respire plus facilement. Sa voix est facilement émise. Il n'y a pas d'hémorrhagie.

J'examine la malade huit jours après l'opération, lors de son départ de l'Hôtel-Dieu. Je constate simplement au niveau de l'union de l'épiglotte avec le ligament aryépiglottique, au-dessus de la bande ventriculaire, une petite tache rougeâtre legère (A *fig.* 2) dernier vestige du point d'implantation de la tumeur. La cica-

A

(Fig. 2.)

trisation est à peu près achevée, et il n'y a pas, à ce niveau, la moindre saillie anormale. Le larynx paraît donc parfaitement sain.

Macroscopiquement, la tumeur a une forme un peu ovoïde; elle est dure et résistante sur la plus grande partie de sa surface. A la section, l'aspect de la coupe est assez curieux; on constate la présence de trois cavités kystiques, dont une a une capacité égale à celle des deux autres. Les deux plus petites cavités sont d'ailleurs accolées l'une à l'autre, ayant ainsi une mince paroi commune. Quant à la troisième, elle est plus vaste et occupe une situation superficielle par un de ses côtés. C'est dans cette dernière qu'avait pénétré le galvanocautère dans la première partie de l'opération. Le reste de la tumeur est dense et blanchâtre, à consistance fibreuse. La cavité des kystes était remplie d'un liquide gris sale plus ou moins visqueux.

L'examen microscopique a démontré qu'il sagissait d'un *fibrome kystique*.

L'intérêt de cette observation consiste dans le volume anormal de cette tumeur laryngée. On voit en outre que des néoplasmes de cette importance peuvent être enlevés par les voies naturelles sans le secours de la trachéotomie. A ces deux points de vue, ce cas est à rapprocher des cas de Massei, de Rokitansky, de Moure et de Ricardo-Botey. Il est rare de voir une tumeur de ce volume être aussi pédiculisée.

Quant à la dégénérescence kystique du fibrome, elle a déjà été signalée par d'autres auteurs. Labus (de Milan) particulièrement a publié un fait relatif à une tumeur du volume d'une noix ; la tumeur contenait plusieurs cavités kystiques.

On ne pourrait conclure de ces quelques faits que l'ablation par les voies naturelles est applicable dans tous les cas. Dans le cours de cette année, il m'a été donné d'observer une jeune malade qui présentait une grosse tumeur formée aux dépens de la corde supérieure gauche. Malgré diverses tentatives, je n'ai jamais pu pédiculiser la tumeur à l'aide de l'anse galvanocaustique.

Tout récemment, je viens d'apprendre qu'un chirurgien a opéré la malade en créant une voie artificielle. Il a pratiqué la trachéotomie avec la canule de Trendelenburg, puis il a fait une thyrotomie en réséquant la partie supérieure gauche du cartilage thyroïde. La tumeur avait une large base d'implantation et paraissait appartenir à la catégorie des enchondrômes. La malade est morte 48 heures après l'opération.

En résumé, en présence d'une tumeur volumineuse du larynx, il est toujours utile de tenter l'ablation par les voies naturelles sans trachéotomie. On ne doit recourir à une opération plus grave que lorsque l'extraction simple est jugée impossible; et quand la fonction respiratoire est sérieusement compromise.

BIBLIOGRAPHIE

L'audition colorée : étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par le Dr F. Suarez de Mendoza, d'Angers (Un volume in-8° de 164 pages et nombreux tableaux. Paris, O. Doin, 1890.)

Dans son introduction, M. Suarez de Mendoza definit d'abord la *fausse sensation secondaire* qui, pour lui, est une perception mentale fausse mais physiologique de couleurs, de sons, d'odeurs, etc., qui n'ont rien de réel, et cette sensation naît d'une première perception objective dans un autre sens ou dans le sens lui-même. Il distingue cinq classes de fausses sensations secondaires visuelles, auditives, olfactives, gustatives et tactiles qu'il appelle respectivement *pseudo-photesthésie*, *pseudo-acouesthésie pseudo-phrésesthésie*, *pseudo-gousesthésie* et *pseudo-apsiesthésie* Nous craignons fort que ces néologismes, qui sonnent d'une manière un peu barbare, ne soient pas facilement acceptés, et est peu probable que même le plus simple de tous, *pseudo-photesthésie*, remplace jamais *audition colorée* qui éveille une idée suffisamment précise.

En fait, ce n'est là qu'une querelle de mots qui n'a pas grande importance et qui n'enlève rien à la valeur très réelle du travail de M. Suarez de Mendoza. C'est ainsi qu'il a très bien fait ressortir dès le début que la fausse sensation peut prendre naissance dans un quelconque des autres sens, et que, par exemple, pour la *pseudo-photesthésie* ou *audition colorée* dont il s'occupe particulièrement, le point de départ peut être d'origine optique (*vision colorée*), auditive (*audition colorée*), gustative, olfactive, tactile ou même purement psychique. Il est d'ailleurs à remarquer, à ce dernier point de vue, que si les faits de cet ordre ne peuvent être niés, il faut se tenir en garde contre les cas d'auto-suggestion. L'audition colorée a été mise à la mode récemment par des articles de la presse quotidienne, et si ces articles ont permis à quelques personnes de comprendre et de fixer des sensations mal définies chez elles, on peut penser aussi qu'ils ont créé quel-

ques cas de toutes pièces. Il est vrai que ces derniers seront passagers.

L'historique est très complet et très heureusement exposé dans le travail de M. Suarez de Mendoza. L'auteur a su aussi mettre bien en relief les particularités les plus frappantes des observations antérieures et de ses huit cas personnels. Il a ensuite résumé dans une série de propositions tout ce qu'on sait sur la question.

Le phénomène de l'audition colorée étant aujourd'hui hors de doute, le point le plus intéressant de son étude est certainement l'explication de sa pathogénie. Malheureusement les opinions sont très discordantes. Si les uns pensent qu'il s'agit d'excitation normale des centres sensoriels reliés les uns aux autres par des commissures encéphaliques (Lussana, Baratoux, Rochat, etc.), d'autres, comme Perroud, n'y voient que des associations d'idées ou, comme Chabalier, qu'un trouble psychique très voisin de l'illusion. C'est à cette dernière manière de voir que se rattache M. Suarez de Mendoza.

En résumé, travail très complet et intéressant qu'il sera désormais nécessaire de consulter toutes les fois qu'on s'occupera de la question. M. LS.

Des déviations et épaississements de la cloison nasale et de leur traitement par l'électrolyse, par le Dr L. THILLY. (*Thèse de Lyon*, novembre 1890.)

Après quelques notions succinctes sur l'anatomie normale de la cloison, sur l'étiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique des déviations de la cloison nasale, l'auteur arrive à la partie intéressante de sa thèse, à l'exposé du traitement. Il confirme la supériorité de l'électrolyse sur les autres modes de traitement : il n'y a rien là qui ne soit connu des spécialistes. Le point intéressant est l'exposé d'un nouveau procédé d'électrolyse recommandé par M. Garel.

Habituellement lorsqu'on veut détruire les déviations de la cloison par l'électrolyse, on place les aiguilles négatives dans la partie déviée et le pôle positif en un point éloigné, la nuque ou la main ; c'est le procédé de M. Miot, l'*électrolyse monopolaire négative*. Plus récemment, MM. Moure et Bergonié ont conseillé de fixer dans la partie à détruire une aiguille positive et deux ou trois aiguilles négatives, c'est l'*électrolyse dipolaire*. Dans ces deux cas, on se sert des piles à courant continu ordinaire. Au contraire, M. Garel se rapprochant en cela de Voltolini, se sert de piles d'un très petit nombre d'éléments réunis en tension,

mais susceptibles aussi de donner une certaine intensité, par exemple, de la pile à éclairage de Trouvé. Les avantages sont l'absence presque complète de douleurs et la durée beaucoup moins longue des séances, cinq minutes étant suffisantes, tandis qu'il faut un quart d'heure dans le procédé de M. Miot. M. LS.

Recherches cliniques sur la réaction de l'appareil auditif, par M. L. PERRELET. (*Thèse de Lyon*, novembre 1890.)

Travail inspiré par M. Wyss, de Genève.

Après avoir fait remarquer que l'étude de la réaction électrique de l'appareil auditif n'a guère tenté jusqu'à présent les auteurs français, M. Perrelet expose immédiatement l'idée principale qui domine sa thèse :

D'après lui, il faudrait réserver le nom de réaction électrique au cas dans lequel le malade perçoit un son, généralement un sifflement ou un tintement métallique d'un timbre assez élevé. Toutes les fois que l'oreille ne perçoit qu'un *bruit*, le plus souvent une sensation de souffle ou de vent, il n'y a pas de réaction proprement dite. Or, la réaction électrique ne se trouverait que dans les oreilles malades, tandis que le bruit de souffle serait très facile à faire apparaître dans les oreilles normales. C'est là un point qui nous paraît mériter d'être éclairci, car s'il était reconnu vrai, il pourrait donner la clef de bien des divergences.

Quant au point où se passerait la réaction, l'auteur pense à l'exemple de Gradenigo, que c'est dans le nerf lui-même.

Voici d'ailleurs ses conclusions :

1° La réaction de l'appareil auditif, sous un courant de galvanisation, se manifeste par un son que l'on peut classer dans l'échelle musicale. Ce son est le plus souvent un sifflement ou un tintement métallique d'un timbre élevé. Les bruits se produisant aux ouverture, fermeture et renversement du courant, ne doivent pas être considérés comme une manifestation de la réaction électrique ;

2° La cause de la réaction électrique siège très probablement dans un trouble de nutrition ou de circulation du nerf de la huitième paire. Son siège doit se placer en tout cas dans l'appareil nerveux de l'oreille et probablement dans le tronc du nerf lui-même ;

3° La meilleure méthode pour obtenir cette réaction est le passage du courant renversé de temps à autre par le commutateur;

4° Les maladies dans lesquelles on obtient la réaction électrique sont complètement indéterminées; l'électricité ne peut

donc, sauf de rares exceptions, servir de moyen de diagnostic;

5° La valeur thérapeutique de l'électricité n'est pas encore déterminée. Cependant dans les bourdonnements d'oreille d'origine interne elle semble agir vite et bien. M. LS.

Étude sur les laryngoplégies unilatérales, par R. MONCORGÉ (*Thèse de Lyon*, impr. Pitrat aîné, Lyon, 1890).

Elève de notre ami Garel, de Lyon, le Dr Moncorgé a fait avec l'hémiplégie laryngienne un travail très complet. Après avoir déblayé le terrain des immobilités de la corde vocale dues à des causes très variables et que l'habitude du laryngoscope permet de reconnaître aisément, l'auteur étudie le symptôme d'une façon générale avec ses différentes modalités, puis il passe en revue rapidement les deux grandes variétés d'hémiplégie, celle des adducteurs et celle des abducteurs : il nous a semblé que tout en discutant avec impartialité et éclectisme ces deux modes de paralysie, l'auteur semble faire la part à peu près égale entre ces deux variétés, pourtant les dernières recherches anatomiques paraissent avoir singulièrement diminué l'action abductrice du muscle crico-aryténoïdien postérieur (travaux de Jelenffy et de Raugé) et même avant ces traités l'observation clinique autant que l'expérimentation ont attribué à la paralysie des dilatateurs, tout au moins dans la plus grande partie des cas, une signification bien différente. Mais *adhuc sub judice lis est* et passons.

Sous le nom de paralysies dissociées, Moncorgé a décrit avec soin la symptomatologie de la paralysie des divers muscles du larynx, et nous avons été particulièrement intéressé par la description de la paralysie ary-aryténoïdienne à laquelle les travaux de Lermoyez et de P. Tissier me paraissent avoir fait faire un pas décisif.

Dans le chapitre III, l'auteur étudie les paralysies d'origine périphérique, bulbaire et cérébrale.

L'étiologie des compressions récurrentielles est très longuement étudiée. Nous rappellerons à l'auteur que le diagnostic des affections œsophagiennes par les tissus laryngoscopiques, a été surtout étudiée par nous il y a douze ans(1) cette indication bibliographique manque dans son travail, où nous voyons réapparaître la grande discussion du jour, spasme ou paralysie, à propos des accès de dyspnée paroxystiques. L'auteur se contente d'exposer les opinions du jour sans conclure. Je me permettrai à ce pro-

(1) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1878.

pos de lui faire observer que l'auteur de cette analyse a été le premier à s'élever par des arguments cliniques et anatomo-pathologiques contre la théorie de la paralysie des dilatateurs, et nous croyons avoir été bien inspiré dans cette occasion.

Les paralysies d'origine bulbaire sont bien décrites et bien discutées, puis l'ouvrage se termine par les paralysies d'origine cérébrale, où l'auteur défend vigoureusement les localisations décrites avec tant de talent par son maître dans ce journal depuis quelques années et cette année surtout.

En somme, le travail de Moncorgé est une page de laryngologie d'un intérêt très grand, et il sera consulté avec profit par les médecins et les spécialistes. A. G.

Étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale, par Raulin (*Thèse de Bordeaux*, 1889).

L'auteur considère le lupus de la muqueuse nasale comme une lésion tuberculeuse, en raison de l'identité de structure du nodule morbide et du tubercule, de la présence des bacilles de Koch et du résultat affirmatif des inoculations des bacilles. La lésion d'abord hypertrophique, devient ulcéreuse, puis scléreuse, l'aspect est grisâtre, les nodosités sont indolentes et friables, elles siègent le plus ordinairement à la cloison cartilagienne, d'où la difficulté de diagnostic avec la syphilis. La marche de l'affection est assez longue, les voies respiratoires supérieures sont envahies progressivement, mais lentement; malgré l'expulsion de croûtes noirâtres le malade n'a pas les signes de l'ozène. Les tumeurs différentes et les ulcérations de cause variable sont les affections qui ont des ressemblances avec le lupus de la muqueuse nasale, et le diagnostic peut quelquefois être assez difficile. A. G.

I. — **Gefrierdurschnitte zur Anatomie der Nasenhœle (Anatomie des fosses nasales d'après des coupes congelées)**, par B. Fraenkel (A. Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1890).

II. — **Normale und pathologische Anatomie der Nase (Anatomie normale et pathologique du nez)**, par A. Hartmann (Fischer, éditeur, *Berlin*, 1890).

Deux des représentants les plus autorisés de la laryngologie et de l'otologie allemandes, le professeur B. Fraenkel et le docteur A. Hartmann, ont exécuté une iconographie des plus intéressantes de l'anatomie normale et pathologique des fosses nasales.

Le professeur Fraenkel a étudié cette région au moyen de six

coupes successives pratiquées de haut en bas. Aux planches qui représentent ces coupes se trouve annexée une légende explicative. Ces figures qui éclairent d'une façon très nette l'anatomie des fosses nasales forment la première partie d'un atlas qui sera complété ultérieurement.

Le docteur A. Hartmann a présenté en 12 photographies les points principaux de l'anatomie des fosses nasales, tels que les crêtes de la cloison, les anomalies de l'orifice des sinus maxillaires, des altérations de ces sinus, des hypertrophies des cornets inférieurs et moyens, la rhinite atrophique. Ces photographies sont très bien réussies, et leur collection présente un grand intérêt au point de vue de l'enseignement de ces diverses affections. Nous rappellerons à ce propos la sensation produite lors du Congrès international de Berlin par la présentation d'un certain nombre de préparations anatomiques des déviations et crêtes de la cloison des fosses nasales, dues à l'habileté du docteur Hartmann. A. G.

PRESSE FRANÇAISE

L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle, par Gellé. (*Médecine moderne*, 16 janvier 1890.)

Le Dr Gellé décrit les principales modalités de l'otite de la grippe, c'est surtout chez les enfants ou les jeunes sujets que sa description a été faite. La douleur, l'hyperthermie, sont les phénomènes qui doivent éveiller l'attention sur la complication; la fonction auditive est aussi abolie complètement. Ces symptômes se développent assez rapidement et se terminent par l'issue de sang ou de pus sanguinolent en dehors du conduit auditif. A l'examen du tympan, on constate une convexité énorme de la membrane qui est rouge, violacée, et il est impossible de reconnaître la présence des osselets et de l'apophyse externe du marteau. Gellé recommande, en ces cas, d'agir avec la plus grande promptitude, car la nature ne fait pas toujours l'effort nécessaire. La paracentèse du tympan, l'emploi de topiques émollients et antiseptiques, enfin l'administration de l'antipyrine ou de sulfate de quinine concourent à une guérison rapide et à la restauration des fonctions auditives. Toutefois, chez certains

malades, la résolution n'est pas toujours aussi aisée et des complications d'une certaine gravité telles que des mastoïdites aiguës peuvent survenir. A. G.

Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza, par Löwenberg. (*Bulletin méd.*, n° 3, 8 janvier 1890.)

Parmi les complications de l'influenza, il faut ranger les inflammations aiguës de l'oreille moyenne.

Löwenberg a observé, du 23 décembre 1889 jusqu'au 5 janvier 1890, vingt cas d'otite moyenne aiguë, dont onze étaient des cas nouveaux et neuf des cas anciens. Presque tous les malades nouveaux présentent les symptômes classiques, douleurs jusqu'à l'établissement de la perforation, écoulement purulent et surdité. Chez un petit nombre de malades, cependant, il n'existait que de légers troubles catarrhaux de la trompe et de la caisse.

Le caractère le plus remarquable de tous les cas est la rapidité avec laquelle ils ont pu être guéris par les moyens usuels. Malgré cette bénignité, l'auteur conseille une prudente réserve dans le pronostic et insiste sur l'importance d'un traitement hâtif et rationnel des otites causées par l'épidémie actuelle.

L. L.

Les otites de la grippe, par Hermet. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 8 mars 1890.)

L'auteur a remarqué que les otites de la grippe ont revêtu à la longue un caractère de gravité qu'elles n'avaient pas au début. Le nombre des otites observées a été de cinquante-sept. Dans ces cas, la perforation de la membrane du tympan a été très rapide. Les douleurs persistaient même après la perforation. Chez les enfants, l'abondance du pus était si grande que ce liquide s'écoulait à la fin dans le conduit auditif et le pharynx. Le conduit auditif a été quelquefois le siège de furoncles. L'apophyse mastoïde a été souvent gonflée et douloureuse, mais sur sept fois l'opération n'a été nécessaire qu'une seule fois. C'est ordinairement de trois à huit jours après le début de la grippe que se sont montrés les accidents auriculaires. La durée des otites a été de près de deux semaines. A l'examen bactériologique, fait par Chantemesse, l'on constate la présence du staphylocoque. A. G.

Exostose du conduit auditif externe, par Heurtaux. (*Soc. anat. de Nantes*, *Gazette médicale de Nantes*, 9 janvier 1890.)

Petite tumeur enlevée chez une fillette de 10 ans, chez laquelle

s'était produite par l'oreille droite un peu d'otorrhée. On découvrit sur la paroi postéro-interne du conduit auditif une petite tumeur très résistante qui était facile à mobiliser et qu'on enleva aisément. On reconnut à l'examen qu'il s'agissait d'une exostose ostéogénique, affection très rare à ce point d'implantation.

A. G.

Mobilisation de l'étrier, par Boucheron. (*Bulletin médical*, 18 décembre 1889.)

Indications morbides : Certaines perforations définitives du tympan, surdité paradoxale, surdité consécutive au catarrhe des trompes et de la caisse, affections rhumatismales, goutteuses, de l'articulation de l'étrier ou de la caisse : chaque fois que l'étrier est enfoncé vers le labyrinthe et fixé là, à la suite d'un processus quelconque.

Contre-indications : Compression trop ancienne du labyrinthe et destruction avancée du nerf acoustique ; ankylose osseuse de l'étrier.

Opération : Antisepsie soigneuse et emploi d'instruments coudés ou crochets de diverses formes : passer entre le marteau et l'enclume, glisser la pointe des crochets entre les branches de l'étrier, exercer de légères tractions en dehors.

Dans certains cas, désarticuler l'enclume d'avec l'étrier ou même extraire les osselets dans des surdités anciennes.

Quand le rebord osseux du tympan cache l'étrier, on emploiera un crochet à deux branches pour saisir l'étrier et le mobiliser par des tractions de haut en bas.

Après l'opération, pansement antiseptique très soigné. Éviter tout accident.

L'auteur recommande de rechercher surtout les cas où la permanence de la perforation du tympan existe et de la produire si elle n'existe pas. A la suite de l'opération, on devra perfectionner la mobilité articulaire par une gymnastique méthodique de l'articulation et pratiquer des insufflations d'air par la trompe.

A. G.

Otite ostéopériostique, par Duplay. (*Bulletin médical*, 27 août 1890.)

La malade est une jeune fille qui présente des accidents d'otite moyenne purulente, à la suite d'une angine aiguë. Consécutivement elle eut du gonflement en avant du tragus et en arrière sur l'apophyse mastoïde. L'auteur discute avec soin le

siège des lésions osseuses dont il affirme l'existence dans ce cas, après avoir rejeté la possibilité d'une adénite à la partie antérieure. Le traitement consiste dans l'ouverture des abcès osseux, ouverture qui sera plus ou moins profonde, suivant les circonstances et le traitement minutieusement antiseptique de l'otite moyenne. A. G.

Cas d'hématome de la caisse du tympan chez un hémophilique, par F. ROHRER. (*Revue de laryng., etc.*, 15 janvier 1890.)

Sujet âgé de 15 ans, hémophilique héréditaire qui à la suite d'épistaxis et après avoir eu de la gingivite et de la rétinite hémorrhagique eut des troubles auditifs des deux côtés, surtout marqués du côté droit, avec bourdonnements intermittents. A l'examen des tympans, on constata un aspect noirâtre de la caisse avec disparition des cônes lumineux et saillie moins prononcée du manche du marteau. L'élasticité de la membrane tympanique était diminuée surtout à droite.

En deux mois l'épanchement de sang des caisses disparut et l'ouïe revint à l'état normal. A. G.

L'oreille et le bruit ou accidents de l'organe de l'ouïe dans les professions bruyantes, par FERRAND. (Société nationale de médecine de Lyon, *Lyon médical*, 23 mars 1890.)

L'auteur lit à cette Société un extrait d'un mémoire qu'il va publier ultérieurement ; frappé des accidents auxquels se trouvent exposé l'ouïe des individus exerçant une profession bruyante, les artilleurs surtout, il s'est préoccupé de les soustraire à ces accidents tout en conservant la possibilité d'entendre au milieu du bruit, et il pense être arrivé à ce but en imaginant un appareil de fermeture formé par des lames métalliques amortissant l'ébranlement donné à l'oreille par la violence du bruit et conduisant en même temps les perceptions sonores de la voix. A. G.

Mode d'évolution particulier d'une otite moyenne suppurée, par M. le Dr DEROUET. (*Arch. de méd. et ph. milit.*, octobre 1889.)

Dans le cas intéressant de M. Derouet, il s'agit d'un soldat qui avait eu une suppuration de l'oreille gauche et chez lequel la perforation du tympan avait dû se refermer, bien que l'auteur ne parle pas de cette hypothèse pour expliquer la formation d'un abcès qui s'était formé au niveau de l'apophyse mastoïde. Quoi

qu'il en soit, au moment de l'examen, le tympan n'était pas perforé et l'abcès communiquait avec la caisse, car lorsqu'on y pratiquait les injections après l'avoir incisé, le malade accusait la sensation du liquide dans l'arrière-gorge. Les suites furent simples. M. LS.

Abcès du cervelet, par CHAIX. (Société des sciences médicales de Lyon, *Lyon médical*, 1er juin 1890.)

Homme de 42 ans, souffre de douleurs auriculaires depuis l'âge de 17 ans, surdité intermittente; quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, otorrhée purulente droite, et à l'entrée, vive céphalalgie et mastoïdite; incision de l'abcès et issue de pus fétide et granuleux; température, 41°,1; le lendemain, 42°; contre-ouverture; le surlendemain, paralysie faciale et mort. A l'autopsie, nécrose du temporal, rocher infiltré de pus, gros abcès intracérébelleux à droite. Dans la discussion qui suit cette présentation, les docteurs Lannois et Poncet conseillent la trépanation du temporal et de l'occipital pour aller rechercher le pus.

A. G.

Quelques complications cérébrales des otites suppurées chez les enfants, par Paul SIMON. (*Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1890, n° 12.)

Les complications cérébrales consécutives aux otites suppurées sont assez rares dans l'enfance, aussi l'auteur, ayant eu l'occasion d'observer trois cas de ce genre chez de jeunes enfants, en fait-il l'objet du présent travail. Deux de ces cas furent mortels, un guérit. Dans un de ces cas, la membrane du tympan n'était pas perforée. A l'autopsie des deux premiers, on trouve phlébite du tissu latéral, qui dans le premier cas ne fut pas suivie de tuméfaction de la région pariéto-temporale, tandis que cet œdème se montra dans le deuxième cas. On ne trouve pas d'abcès cérébral, mais seulement une congestion méningée assez vive. Des cas observés par lui, l'auteur conclut que chez les enfants les accidents cérébraux, consécutifs aux otites suppurées, peuvent revêtir deux aspects, la forme méningitique et la forme pyohémique. A. G.

Des plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité, par BOULLAND. (*Gazette méd. de Paris*, 13 septembre 1890.)

De toutes les parties du corps, la moins changeante, dit l'auteur, est le pavillon de l'oreille; les anomalies des diverses

parties qui le constituent, l'hélix, l'anthelix, le tragus et l'antitragus subsistent telles qu'elles ont été constatées dans le plus bas âge, aussi ces modifications peuvent-elles servir à établir l'identité de sujets criminels très jeunes. Ces modifications sont très nombreuses et l'auteur en a constaté des centaines. A. G.

Trois cas d'extraction de corps étrangers de l'oreille, par Rougier. (*Bulletin médical du Dispensaire de Lyon*, février 1890.)

Deux cas récents, un cas datant de quelques mois. L'intérêt de ces cas a été dans l'insuccès de l'irrigation pour expulser les corps étrangers; l'un put être atteint par un crochet, l'autre dut être percé par un cautère galvanique avant d'être harponné, le troisième fut extrait au moyen d'une pince. A. G.

Otite moyenne catarrhale chronique. Bourdonnements. Instillation de cocaïne, amélioration, par Charazac. (*Annales de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890.)

Chez un homme de 63 ans, absolument sourd, les bourdonnements datant de 20 ans furent sensiblement atténués par l'instillation dans la trompe de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0. A. G.

Otorrhée datant de 26 ans, polypes volumineux des deux oreilles, guérison de la surdité, par Charazac. (*Ann. de la polyclin. de Toulouse,* juin 1890.)

L'extirpation de polypes des deux côtés rendit l'ouïe du côté gauche, ces tumeurs n'étant implantées de ce côté que sur la membrane du tympan. Du côté droit, l'opération ne put rien modifier. A. G.

Le vertige de Ménière et l'émotivité, par Pugniez et C. Fournier. (*Revue de médecine*, novembre 1890.)

Les auteurs, après avoir constaté dans leurs très nombreuses recherches bibliographiques les opinions infinies émises sur les causes du vertige de Ménière, ont conclu à une origine nerveuse et cérébrale. A. G.

De la dysphonie nerveuse chronique, par E. Brissaud. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, n° 1; 1890.)

Le Dr Brissaud, médecin des hôpitaux de Paris, consulté par des malades atteints de tics ou de différents états nerveux, a vu

chez quelques-uns des troubles de la voix *parlée* consistant en de la raucité, du voile, de la bitonalité. L'existence de ces troubles, qu'il appelle *dysphoniques*, n'altère pas chez ces malades la possibilité de prononcer des discours assez longs ou même de chanter, et la *voix ingrate dont ils sont atteints* ne les importune plus; ils y sont habitués et ils ne se soucient guère de consulter des spécialistes pour y remédier, du moins à l'âge adulte, car il peut se faire que des parents impressionnés par cette voix de leurs enfants désirent avoir l'avis de spécialistes. Or, le docteur Brissaud a provoqué cet avis, et les confrères consultés par lui ont conclu à l'existence de défauts de tension des cordes vocales d'origine nerveuse. Cette curieuse affection a suggéré à notre collègue des réflexions fort ingénieuses, d'abord sur la différence de ces troubles vocaux avec ceux des hystériques, enfin sur l'analogie qui existe entre elle et différents états nerveux où la volonté peut corriger dans l'accomplissement de certains actes les défectuosités de la nature. Ainsi ces malades n'ayant aucune altération respiratoire peuvent dans le chant ou la déclamation adapter les muscles du larynx à l'accomplissement de ces actes, absolument comme peuvent le faire certains bègues.

A. G.

Sangsue dans la région sous-glottique, extraction par les voies naturelles, par Ficano. (*Revue de laryng., etc.*, 1er février 1890.)

L'extraction eut lieu au moyen de pinces quinze jours après l'accident. Signes : quelques troubles vocaux, hémoptysie, pas d'oppression, examen laryngoscopique; corps noirâtre, au-dessous des cordes vocables se remuant peu, muqueuse laryngée injectée, cordes vocales souillées de sang. Opération : cocaïnisation préalable du pharynx, mais non appliquée au larynx, pour ne pas apporter de trouble au mouvement de l'animal; extraction sans peine à la première séance et à la deuxième tentative.

A. G.

De la trachéotomie chez les très jeunes enfants, par M. Peraire. (*Revue de chirurgie*, juin 1890.)

On sait combien peu réussit la trachéotomie chez les très jeunes enfants d'un an et au-dessous, souvent même jusqu'à l'âge de deux ans. Le Dr Peraire est d'avis que l'intervention opératoire peut avoir du succès même à cet âge; il publie un

cas personnel et cite à l'appui de son opinion un certain nombre d'autres cas, recueillis par lui de divers côtés. A. G.

De la valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngectomie, par C. FAUVEL et E. SAINT-HILAIRE. (*Gazette des hôpitaux*, 24 juin 1890.)

Des études statistiques fournies par la littérature et de sa pratique particulière, Fauvel estime que la laryngectomie est une mauvaise opération et que la trachéotomie lui est préférable.

A. G.

Une nouvelle indication du tubage du larynx, par GAMPERT. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1890.)

L'auteur cite deux cas d'enfants chez lesquels la canule ne pouvait être retirée sans que cette situation amenât des accès de suffocation. L'application du tube d'O'Dwyer pendant un à deux jours fit cesser complètement cet état. A. G.

Œdème aigu du larynx au cours des oreillons, par PILATTE. (*Bulletin médical*, 8 juin 1890.)

Le *Bulletin médical* rapporte un cas du Dr Pilatte, communiqué au comité médical des Bouches-du-Rhône, d'œdème de la glotte au cours des oreillons contracté au décours d'accès palustres. Au bout de quatre jours, on put retirer la canule. Il n'y avait pas d'angine. L'auteur suppose que l'œdème était causé par la compression veineuse occasionnée par la parotide. Malheureusement cette observation, très rare au dire de l'auteur, manque de description laryngoscopique, et nous ne pouvons, rien que par les symptômes de suffocation, affirmer lequel de l'œdème laryngé ou de la sténose glottique simple a produit cette attaque. A. G.

Laryngotomie intercricothyroïdienne, par G. RICHELOT. (*Union médicale*, 29 janvier 1890.)

Plaidoyer exclusif en faveur de cette méthode par laquelle l'auteur voudrait absolument remplacer la trachéotomie chez l'adulte, en raison, dit-il, de sa facilité d'exécution, car elle peut être faite avec une rapidité excessive et est à la portée de tout le monde. Il n'admet de contre-indication que dans le siège de l'obstacle (quand il est immédiatement au-dessous du larynx). L'auteur n'en voit pas d'autre. A. G.

Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par Luc. (*Archives de laryng.*, *etc.*, n° 1; 1890.)

Les malades observés par l'auteur étaient des syphilitiques guéris plusieurs fois par le traitement spécifique et chez lesquels l'affection prenait, dans une dernière poussée, les caractères les plus nets de la tuberculose laryngienne, reconnus par l'examen de fragments et des crachats. Le traitement spécifique devient alors moins efficace, même à une dose élevée, que les malades supportent assez mal. Dans ce travail, il y a un point intéressant d'histologie (examen de Dubief), c'est la présence du bacille de Koch *seulement à la surface*, ce qui fait supposer à l'auteur que l'implantation du microbe se fait à la surface de la lésion syphilitique. Cette invasion était naturellement facilitée par la dépression de l'état général. C'est le soutien de cette théorie d'invasion de la tuberculose qui fait la partie importante du mémoire. A. G.

Syphilis tertiaire du larynx, de la trachée et des premières bronches, broncho-pneumonie et pleurésie. Adénopathie péritrachéale, compression du nerf récurrent droit et rétrécissement de la trachée, etc. Mort, autopsie, par F. Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 2 mai 1890, p. 379 des bulletins.)

Le malade de Raymond était entré dans son service, à Lariboisière, présentant les signes physiques et rationnels d'une tuberculose pulmonaire, et de plus des troubles respiratoires qui ont failli faire pratiquer la trachéotomie ; mais l'état général était si mauvais et si grande était la faiblesse du malade que la mort survint promptement. Pendant la vie, on avait constaté facilement, en raison de la maigreur du sujet, l'existence d'une tumeur qui longeait et entourait la trachée au-dessous du larynx et dans une assez grande étendue. A l'autopsie, on constata peu d'altérations laryngiennes, les cordes vocales étaient dures et atrophiées, mais on put voir que la tumeur périlaryngienne était constituée aux dépens des ganglions que nous avons décrits, Leval et moi, ce que rappelle Raymond, et que le résultat de cette hypertrophie était la compression du récurrent. La tumeur était adhérente en quelques points à la trachée, qu'elle avait amincie et perforée. La trachée rétrécie était remplie dans toute son étendue de nombreux nodules végétants blanchâtres. A la

coupe de la tumeur, on voit un tissu très dur, scléreux, blanchâtre et ramolli en quelques points.

L'auteur attire l'attention sur l'absence d'ulcération dans le cas présent et l'existence de cette énorme tumeur ganglionnaire, fait peut-être unique jusqu'à ce jour dans l'histoire de la syphilis tertiaire des voies respiratoires. A. G.

Manifestations tertiaires syphilitiques du larynx, simulant une phthisie laryngée à la deuxième période, par E. Peyrissac. (*Annales de la polycl. de Bordeaux*, janvier 1890.)

Le malade, qui eut la syphilis cinq ans auparavant, était enroué depuis deux mois, puis aphone, sans dysphagie, ni dyspnée, ni amaigrissement. Dans les derniers temps seulement, il eut de la dysphagie et maigrit légèrement. A l'examen laryngoscopique, on trouva un gonflement des bandes ventriculaires, de l'orifice du larynx, et surtout des ulcérations bilatérales des cordes vocales à leur tiers postérieur; l'image semblait celle d'une phthisie laryngée et la bilatéralité semblait plaider contre l'idée d'une syphilis tertiaire, dit l'auteur; nous ne pensons pas que la bilatéralité des lésions ne soit pas un caractère de la syphilis tertiaire, nous avons vu plus souvent ce caractère de diffusion de la lésion que la localisation, à condition que la syphilis ne soit pas trop ancienne, et en ce cas la ressemblance avec la phthisie laryngée est frappante; nous avions déjà attiré l'attention sur ces faits non seulement dans la laryngite syphilitique tertiaire, mais aussi dans la laryngite syphilitique secondaire tardive que nous avons étudiée pendant notre séjour à l'hôpital Lourcine et qui a fait l'objet d'une monographie parue chez Masson en 1880 ou 1881. A. G.

Contribution à la physiologie des nerfs récurrents, par C. Livon. (*Société de Biologie*, séance du 30 mai 1890, bulletins de la Société.)

Voici le procédé d'exploration de l'auteur : 1° anesthésie par le procédé Ch. Richet (*injections intrapéritonéales de chloral et de morphine*); 2° ouverture de la trachée et interposition entre les lèvres de la glotte d'une petite ampoule de caoutchouc, communiquant avec un appareil enregistreur indiquant la durée, le rythme et la modification des excitations.

Résultats : Courants faibles et moyens, contractions rythmiques; 18 à 20 interruptions, contractions rythmiques de la

glotte et dilatations ; même courant avec rythme rapide, occlusion complète.

Courants intenses : Interruptions lentes, même effet que précédemment ; interruptions rapides, occlusion de la glotte avec persistance prolongée de cet état.

Ces expériences semblent démontrer que la dilatation ne se montre qu'accompagnée de contractions et non isolée, et paraissent s'accorder avec les expériences de notre distingué collaborateur Fr. Hooper, de Boston, qui avait fait jouer un grand rôle à la rapidité des interruptions. A. G.

Physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par P. Raugé. (*Lyon médical*, 3 et 16 août 1890.)

L'auteur, pour exécuter ce travail de revision, s'est servi, dans ses dissections, du larynx du bœuf, qu'il considère comme analogue à celui de l'homme et beaucoup plus aisé pour l'étude, en raison de son grand volume. Voici ses conclusions : le rôle joué par le crico-aryténoïdien postérieur, d'après tous les physiologistes, n'est pas absolument exact, ce n'est pas seulement à l'abduction que préside ce faisceau, mais il contribue aussi par quelques-unes de ses fibres à la force adductrice, qui se trouve ainsi plus fortement assurée qu'on ne l'avait cru : l'abduction serait absolument passive et le muscle en question ne jouerait de rôle que dans les cas d'abduction excessive (une très forte inspiration, par exemple). Partant de là, Raugé critique l'idée moderne de la paralysie des dilatateurs et il prend parti du côté des écrivains qui ont défendu l'opinion du spasme ou de la contracture, et au nombre desquels il a oublié l'auteur de cette analyse, qui, au moment où Semon défendait avec tant de passion l'idée paralytique, fut le premier à s'élever contre cette opinion. (Voir nos travaux sur l'œdème de la glotte, remontant à dix ans en arrière environ.) A. G.

Cas de kyste sanguin du larynx, par Charazac. (*Annales de la polycl. de Toulouse*, juin 1890.)

Le malade est un instituteur dont la voix est rauque depuis 10 ans, il est souvent aphone depuis peu de temps. Sur la corde vocale droite, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, se voit une tumeur d'un roux vineux, du volume d'un pois. La tumeur, saisie avec une pince, s'affaisse aussitôt, donnant lieu à une légère hémorrhagie. La voix redevient nor-

male; le malade fut revu trois mois après, l'état des fonctions du larynx est parfait. A. G.

Deux cas de polypes du larynx à répétition, myxome et fibro-sarcome, par R. Arnaud. (*Annales de la polycl. de Bordeaux*, juillet 1890.)

L'auteur dit que les mixomes ne sont pas des tumeurs aussi rares qu'on l'a écrit jusqu'à présent et que cette rareté tient à l'absence de descriptions histologiques; cette description figure dans le cas décrit par lui. Nous pensons, contrairement à cette assertion, que cette variété de tumeur n'est pas commune dans cette région; nous nous proposons, dans ce recueil, de publier une observation importante de cette variété de tumeur dans un numéro prochain. A. G.

Gomme du larynx, traitement par les injections sous-cutanées de peptonate de mercure, guérison, par Polo. (*Gazette méd. de Nantes*, 12 septembre 1890.)

En deux mois, le malade arriva à un état dyspnéique alarmant; le traitement était du reste aussi irrégulièrement fait que possible : l'auteur constate, au miroir, l'existence d'une tumeur au niveau de la bande ventriculaire droite ; en trois jours, les accidents furent conjurés, le malade reçut trois injections d'*un gramme* de solution et un centigramme de sublimé.

Nous ne sommes pas surpris de la rapidité de guérison de cette infiltration que l'auteur appelle *une gomme*, nous avons vu assez fréquemment des infiltrations de cette nature et de ce siège disparaître au bout de huit à quinze jours de traitement interne mixte. A. G.

Abcès rétro-laryngé à pneumocoques et pneumonie, par Josserand. (*Province médicale*, août 1890, et *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 15 octobre 1890.)

L'auteur relate deux observations personnelles de cette rare affection ; l'un fut mortel et l'autre se termina par une vomique. La marche de l'affection était très aiguë et très rapide. Débutant par de l'aphonie et de la dysphagie, la dyspnée ne tarda pas à se montrer, et l'état général s'aggrava d'une manière excessive. Au point de vue laryngoscopique, on constate un gonflement énorme du conduit laryngien envahissant l'épiglotte. Dans le pus de celui qui guérit, on trouva le pneumocoque capsulé de Friedländer, et le malade eut simultanément un foyer très étendu

de pulmonie lobaire; celui qui mourut eut aussi de la pneumonie. A. G.

Fracture du larynx, par U. Clarac. (*Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1890.)

Le malade observé par Clarac succomba quatre jours après l'accident, et pendant l'opération de la trachéotomie, aux progrès d'un emphysème sous-cutané qui s'était étendu fort loin; la dyspnée, survenue tardivement, au bout de trois jours, fut d'emblée excessive. *Il n'y eut pas d'examen laryngoscopique.* A l'autopsie, on constata une fracture double du cartilage cricoïde s'étendant au premier anneau de la trachée. Les cordes vocales et les ventricules étaient ecchymosés; les replis aryépiglottiques étaient le siège d'un emphysème très développé, ainsi que le tissu cellulaire du médiastin; les deux poumons étaient engoués.

L'auteur fait suivre cette observation de recherches bibliographiques qui lui démontrent la gravité excessive de ces fractures, toujours mortelles quand elles intéressent le cartilage cricoïde. Enfin il aborde une question très importante, celle de la trachéotomie rapide, *préventive,* dit-il, pour conjurer la gravité de ces cas. Nous pensons que son conseil est très justifié, en raison de l'époque tardive à laquelle apparaissent les accidents.

A. G.

Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez, par V. Raulin. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890.)

La tumeur, développée depuis un mois, sans fièvre ni douleur, avait envahi toute l'aile gauche; au bout de trois semaines, le malade mouche de la sanie sanglante et purulente; à l'examen, on constate en dehors une tuméfaction dure et assez étendue, sans rougeur; en dedans, une ulcération de la muqueuse; rien sur les conduits et la cloison. Le voile du palais était ulcéré et détruit partiellement. Guérison des accidents en dix jours. A. G.

Du rhinosclérome, par Cornil. (*Journal des connaissances médicales*, etc., n° 4, 25 janvier 1890.)

Dans le journal du professeur Cornil se trouve une leçon faite à la Faculté de Paris sur le rhinosclérome, dont la similitude morphologique avec le pneumocoque de Friedländer est grande. Cornil, on le sait, est l'anatomopathologiste qui étudia

le premier ce microbe avec le plus grand soin, et ses recherches ont été analysées plusieurs fois dans ce recueil; il découvrit avec Alvarez les capsules d'enveloppement, ainsi que le siège habituel, dans les lymphatiques. La capsule d'enveloppe différencie le microbe du rhinosclérome du pneumocoque. Toutefois, bien que la découverte de ce microbe d'une manière constante dans les tumeurs du rhinosclérome fasse supposer qu'il en est la cause, l'impossibilité de l'inoculer jusqu'ici aux animaux doit sous ce rapport légitimer encore quelques réserves. A. G.

Quatre cas d'hyperesthésie nasale, par Raugé. (*Lyon médical*, 16 mars 1890.)

Sous ce nom, l'auteur décrit une affection survenue à des âges très variables et dont voici les principaux traits : douleur, prurit, cuisson, névralgie plus ou moins étendue, sensation d'augmentation de volume du nez (que Raugé n'a jamais pu constater); ces douleurs, exaspérées par le froid, surviennent par accès et duraient depuis un temps fort long quand les malades ont été observés pour la première fois; l'examen des fosses nasales et du rhino-pharynx n'a jamais rien montré de particulier qui pût expliquer la cause de ces accidents. A. G.

De l'obstruction nasale par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par P. Redard. (*Gazette médicale de Paris*, 22 mars 1890.)

Le Dr Redard, dans ses recherches d'orthopédie, a pu s'assurer de l'étiologie chez les jeunes sujets de certaines cyphoses et scolioses qu'il a vu s'amender dans le jeune âge sous l'influence de la disparition de l'obstruction nasale. Voilà donc encore un chapitre très intéressant des méfaits, *que l'on ne compte plus*, de ces tumeurs si fréquentes dans le jeune âge, et malgré les travaux très intéressants déjà parus sur ce sujet, tout est loin d'être dit sur l'influence pernicieuse des végétations adénoïdes.

A. G.

Déviation de la colonne vertébrale dans l'obstruction nasale, par Redard. *Gazette médicale de Paris*, 4 octobre 1890.)

Cette obstruction est presque toujours causée par les végétations adénoïdes; elle entraîne à sa suite de la cyphose et de la scoliose ; ces dernières sont ordinairement dorsales, à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme, et elles

se développent surtout pendant la croissance. Elles sont très améliorées par le traitement. L'auteur rappelle à ce propos les expériences récentes et conformes de Ziem, de Danzig, qui provoqua chez les animaux des altérations de cette nature.

A. G.

Du coriza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse croupale), par RAULIN. (*Revue de laryng., etc.*, 1er mai 1890.)

Il semble, d'après la description que nous venons de lire, que l'affection qui fait le sujet de ce mémoire reconnaît des causes assez variables, le lymphatisme, le traumatisme chirurgical, peut-être bien la présence d'un microbe encore mal défini.

L'existence d'une fausse membrane ne serait alors que le trait d'union de ces diverses affections.

Non seulement l'étiologie est *variée*, mais l'observation de ces cas est fort rare, et il faut bien que cela soit ainsi, car l'auteur appuie sa description sur un très petit nombre d'observations disséminées en quelques années. Pour ma part, chargé d'une consultation hospitalière très fréquentée, je n'en ai pas vu un seul cas, sauf dans le cours de quelques diphthéries, et jamais je ne l'ai vue apparaître après les innombrables cautérisations que j'ai pratiquées.

Quant aux rhinites strumeuses, je ne leur ai jamais vu prendre cette allure, et pour ce qui est des rhinites atrophiques, je n'ai jusqu'ici jamais observé d'intercurrences de ce genre. Donc l'affection est très rare, nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Après la lecture de ces observations, on peut se demander si quelques-unes n'appartiennent pas à la diphthérie; je vois bien que sur ce point l'auteur s'appuie sur les recherches de bactériologie de Seifert pour admettre l'entité pathologique décrite par lui, mais ses observations manquent de ce critérium *indispensable*. Il pense encore que la bénignité de l'affection plaide en faveur de son opinion, mais est-il donc certain que tous les cas de diphthérie nasale soient graves? c'est là une affirmation contestable; pour ma part, j'ai vu des cas de diphthérie nasale à marche assez bénigne pourvu que le traitement soit appliqué avec rigueur; des lavages multipliés et antiseptiques peuvent triompher avec assez de facilité de la rhinite diphthéritique. La gravité de cette localisation de la diphtérie, affirmée, il est vrai, par les auteurs classiques, avait surtout ce caractère avant l'application de la rhinoscopie.

Malgré ces critiques, nous n'en reconnaissons pas moins le

mérite de ce travail ; mais des recherches bactériologiques plus précises sont nécessaires encore pour encadrer cette affection définitivement dans la pathologie. A. G.

Transformation kysto-pneumatique du cornet moyen, par Schmiegelow. (*Revue de laryngologie,* 15 mai 1890.)

L'auteur a lu, à la Société de médecine de Copenhague, l'année dernière, ce mémoire, dont l'intérêt est très grand et dont l'étude a été faite avec un soin remarquable. Il s'agit d'une affection fort rare étudiée par Bayer, M. Bride, Glasmacher, M. Mackenzie, Schœffer, Schech, Voltolini et Zuckerkandl, d'après des cas peu nombreux. L'auteur en a observé trois, tous chez des femmes. Dans notre pratique particulière, nous n'avons rencontré qu'un cas de ce genre, aussi chez une femme.

L'affection a été presque toujours accompagnée de polypes muqueux, et elle se présentait sous la forme d'une tumeur dure, un peu résistante, refoulant les parties voisines, la cloison surtout, et déterminant des névralgies d'uneviolence peu commune. La thérapeutique a été assez simple : perforation de la paroi au moyen du galvano-cautère en plusieurs endroits et résection au moyen de pinces ou bien même au moyen de l'anse froide assez forte. L'examen microscopique a montré la présence d'épithélium cylindrique, l'absence de glandes. Il n'y avait jamais de tumeurs dans l'intérieur du kyste.

L'étiologie semble très obscure à l'auteur, qui pense qu'elle est secondaire à l'inflammation de la muqueuse. A. G.

Polype fibro-muqueux naso-pharyngien avec accès congestifs et hémorrhagiques, atrophie progressive spontanée, par Bouchaud. (*Revue de chirurgie*, juillet 1890.)

L'auteur cite un cas de cette affection observé chez un homme de 36 ans et qui guérit spontanément à cet âge d'une tumeur qui datait de plus de 17 ans, avec des alternatives d'augmentation et de diminution. Cette tumeur était énorme, car elle dépassait le voile du palais et l'entrée des fosses nasales, surtout au moment des périodes d'aggravation, et les symptômes présentaient assez de gravité à ce moment pour avoir entraîné un commencement de thérapeutique curative, qu'entravaient les améliorations très grandes qui succédaient à ces accès. La tumeur s'affaissa de telle façon que la gêne causée par elle disparut presque entièrement. A. G.

Un cas de myxome télangiectasique de la cloison nasale, par LUC. (*France médicale*, 14 novembre 1890.)

Cas très rare de polype muqueux dont la base implantée sur la cloison était composée par un tissu très vasculaire. L'examen microscopique fut fait par Dubief. L'auteur dit que ces tumeurs, très rarement observées comme siège et comme structure, ont fait l'objet de deux travaux récents, l'un de Roe, de Rochester, et l'autre de Jarwis, qui ont cité les faits connus, très peu nombreux, du reste. L'étiologie de cette affection observée chez un homme de 50 ans fut un coup sur le côté du nez. A. G.

Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal, par A. RUAULT. (*Arch. de laryng.*, n° 3; 1890.)

A propos d'un cas d'empyème du sinus maxillaire, l'auteur cite l'observation d'un empyème du sinus sphénoïdal rencontré quatre ans auparavant chez le même malade. Les signes avaient été : écoulement de pus sur la paroi du pharynx droit par la rhinoscopie postérieure; il avait été possible de voir le point d'émergence et la partie supérieure des fosses nasales; obstruction nasale, douleurs névralgiques violentes, troubles de la voix. Le diagnostic avait été particulièrement difficile, ainsi que l'opération, à cause de la saillie extrême de la muqueuse du cornet moyen : il fallut réséquer cette muqueuse et une partie du cornet moyen pour aborder entre lui et la cloison la tumeur formée par l'empyème; la ponction fut pratiquée, et au bout de quelque temps le malade fut guéri.

A propos de ce cas, l'auteur aborde l'étiologie de cet empyème du sinus sphénoïdal qu'il suppose avoir été causé par de brutales extractions de polypes muqueux avec des pinces.

Dans le même travail, Ruault combat l'opinion de Bayer sur la relation de l'empyème du sinus maxillaire avec la présence de petits polypes muqueux dans le méat moyen. Bayer est d'avis que le polype serait la cause de l'empyème; Ruault pense que c'est tout à fait le contraire, et nous sommes entièrement de son avis; nous avons toujours vu, dans le cours du catarrhe du sinus maxillaire, que la muqueuse du méat moyen était tuméfiée en même temps ou avant l'apparition des polypes. L'observation de Ruault est absolument exacte, et nous nous y rallions entièrement. A. G.

Du diagnostic de l'empyème « latent » de l'antre d'Highmore par

le lavage explorateur, par L. Lichtwitz. (*Bulletin médical* n° 86, 1890.)

L'empyème latent de l'antre d'Higmore n'est guère connu que depuis les travaux du Dr Ziem, de Dantzig. L'auteur désigne sous le nom d'empyème latent celui qui n'est accompagné d'aucun des symptômes provoqués par la rétention du pus dans le sinus. L'écoulement de la sécrétion se fait librement, et la sécrétion nasale est le seul signe de la maladie. Comme cette sécrétion peut avoir une toute autre cause, on s'explique que des cas de ce genre passent inaperçus et que le diagnostic en soit difficile.

L'auteur retrace l'historique de la question. Puis il passe en revue les symptômes subjectifs et objectifs qui n'ont rien de caractéristique. Le seul moyen certain de fixer le diagnostic est de pratiquer un lavage explorateur de l'antre.

Ce lavage peut se faire par l'orifice naturel, mais il est plus simple et moins douloureux à travers un orifice artificiel. Ziem perfore l'apophyse alvéolaire à l'aide d'un foret très mince. L'auteur préfère la ponction de l'antre d'Highmore à travers sa paroi nasale. Il pratique ensuite le lavage avec de l'eau tiède. S'il y a empyème, on voit aussitôt s'écouler une quantité de pus du nez du malade, qui doit avoir la tête penchée en avant. Même sans cocaïne la ponction n'est pas très douloureuse, et l'auteur n'a jamais observé d'hémorragie notable ni d'autre accident.

On trouvera dans le travail de l'auteur les détails de la méthode à employer et la relation d'un cas typique, qui montre combien les complications de cette affection peuvent être graves.

En somme, cette monographie a le grand avantage d'appeler l'attention sur une maladie, peu grave en elle-même, mais pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic et entraîner alors des accidents sérieux. C'est à ce titre que nous avons tenu à la signaler.

Dr A. JOLY.

De l'épistaxis chez le vieillard, par P. Parisot. (*Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1890.)

Étude pathogénique et clinique sur une affection très rare dans un âge avancé ; l'auteur établit trois causes d'épistaxis, basées sur l'anatomie pathologique, artérielle, veineuse, capillaire ; la première, d'origine scléreuse et athéromateuse, est d'un pronostic assez grave, car elle peut être le prologue d'une

hémorragie cérébrale; aussi, à moins d'une trop grande abondance, ne faut-il pas l'arrêter; la deuxième, d'origine veineuse, peut être arrêtée sans inconvénient; ici, nous nous demandons si cette origine variqueuse n'est pas fort rare; nous avons examiné quantité de fosses nasales, et nous n'avons guère observé ces cas décrits par l'auteur; habituellement, l'épistaxis chez le vieillard comme chez l'adulte peut être consécutive à une rupture d'une veinule fort peu étendue de la muqueuse de la cloison, mais l'état variqueux n'est pas d'une observation habituelle sur la muqueuse du nez. Quant à la troisième cause, la capillaire, nous la croyons plus théorique que réelle; dans les deux derniers cas, Parisot recommande une hémostase rapide. A. G.

Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire. par Panas. (*Société française d'ophtalmol.*, *in Progrès médical*, 10 mai 1890.)

C'est habituellement sur le rebord orbitaire que se font jour les inflammations des sinus, et ces inflammations sont loin de dépendre habituellement d'une affection nasale, comme on peut s'en assurer; ordinairement les signes diagnostiques sont fournis par de violentes névralgies frontales et sus-orbitaires. L'auteur décrit ensuite le mode opératoire de la trépanation de ce sinus (incision horizontale et verticale, éviter les blessures du nerf frontal et de l'artère ophtalmique; après l'ouverture, nettoyage et application d'un drain pour les irrigations, que l'on fait avec une solution de biodure au 1/20000e. Le drain n'a pas besoin de franchir l'orifice des fosses nasales, ce qui est inutile et parfois dangereux. La guérison est très longue, et l'auteur n'a jamais vu de propagation inflammatoire se faire vers les sinus craniens. A G.

Recherches spirométriques dans les rhinopathies, par Joal. (*Revue de laryng.*, etc., 15 avril 1890.)

Dans ce travail, l'auteur présente un appareil inventé par lui et reposant sur le principe de l'évacuation de l'eau d'un flacon au moyen de l'air aspiré passant dans ce flacon au moyen d'un tube (*loi de Mariotte*); pour éviter l'inconvénient de mesurer le liquide écoulé, il a imaginé un appareil où la numération du liquide refoulé par l'expiration peut se faire sans que ce liquide s'écoule au dehors.

A l'aide de cet appareil, il a démontré la faiblesse de l'expiration dans certaines maladies du nez et du rhino-pharynx, et le relèvement de cette fonction quand la gêne intra-nasale a disparu. A la fin de son mémoire, Joal présente quelques observations de chanteurs chez lesquels des dispositions de ce genre, en diminuant la capacité et la force respiratoires, avaient altéré sérieusement la voix. Le traitement nasal aurait dissipé les troubles de la voix. A. G.

Syphilis naso-pharyngo-laryngienne tertiaire, par V. Raulin. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1890.)

Longue observation d'un malade qui, vingt ans avant, eut l'accident primitif. L'auteur nous montre les délabrements énormes qui sont survenus, tels que la disparition de la cloison, des cornets et d'une grande partie de l'ethmoïde et du sphénoïde, l'existence d'une ulcération profonde du pharynx avec atteinte du rachis; enfin l'apparition des accidents laryngiens (sténose par gonflement qui est attribuée à l'iodure de potassium) *pourquoi?* Puisqu'au début des accidents déjà ces lésions existaient, nous croyons plutôt le contraire; les accidents laryngiens ont dû éclater par suite de la négligence du malade à se traiter. Quant à l'explication de l'origine du polype nasal (issu du sinus maxillaire), nous ne voyons rien dans l'observation qui legitime cette appréciation. A. G.

Un cas de tuberculose nasale chez un syphilitique, par Grossard. (*Annales de la Polycl. de Bordeaux*, janvier 1890.)

Le malade qui eut la syphilis vingt ans auparavant, contracta au moment où il consulta le Dr Moure, une laryngite tuberculeuse qui s'aggrava de plus en plus et s'accompagna d'une rhinite ulcéreuse assez étendue : il ne nous paraît pas douteux que la rhinite n'ait été de même nature que la laryngite, mais l'examen bactériologique seul pouvait prouver absolument l'origine de la rhinite; le titre de l'observation nous paraît défectueux; il nous paraît qu'il eût été préférable de dire : phtisie laryngée, rhinite tuberculeuse chez un ancien syphilitique. A. G.

De l'acide sulforicinique et de son emploi thérapeutique, par Ruault et Berlioz. (*Extrait des Archives de laryngologie*, n° 6, 1889.)

Dans ce travail, les auteurs présentent le mode de préparation

de cette substance qu'il est préférable, disent-ils, d'employer en thérapeutique sous la forme de sulforicinate alcalin (de soude). Ce produit a la propriété d'émulsionner aisément des médicaments tels que l'acide phénique, le naphthol, le salol, etc., et de faire des solutions applicables asément et avec succès au traitement de l'ozène. A. G.

Procédé d'uranoplastie par abaissement et rotation de la cloison nasale, par Sabatier, de Lyon. (*Congrès international de Berlin*, et *Revue de Chirurgie*, octobre 1890.)

Le Dr Sabatier a fait chez un enfant de 14 ans, atteint de bec de lièvre compliqué et qui avait déjà subi deux opérations, l'application de ce procédé, qui appartient à Martin, de Lyon. Il consiste à employer la cloison pour combler la perte de substance osseuse et pour cela, il faut lui faire subir un mouvement de rotation après avoir libéré les parties osseuses voisines. L'auteur échoua dans ses efforts pour effectuer la rotation de la cloison qui se fractura ; l'hémorragie fut peu considérable. Les sections osseuses se font au ciseau et au maillet, elles exigent beaucoup de force : toutefois il croit l'opération réalisable et profitable, sans inconvénient. A. G.

Thyroïdectomie, canule spéciale à trachéotomie, par Poncet. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, in *Lyon médical*, 18 mai 1890.)

Dans une discussion à propos des thyroïdectomies, l'auteur attire l'attention sur les difficultés de faire des extirpations partielles par la méthode d'énucléation de Socin. Dans ce cas, il a dû faire des thyroïdectomie partielles. Obligé de pratiquer la trachéotomie dans certains cas, Poncet a choisi la méthode intercrico-thyroïdienne et en raison du siège éloigné du rétrécissement trachéal, il emploie des canules spéciales munies d'un manche et d'un mandrin qui facilitent leur introduction.

A. G.

De la strumectomie (énucléation intra-thyroïdienne des goitres kystiques ou charnus). (*Revue générale*, in *Province médicale*, 15 février 1890.)

Le myxœdème signalé par Reverdin comme accident grave consécutif à l'ablation complète du corps thyroïde a fait abandonner la thyroïdectomie totale. Cette méthode fut alors remplacée par la thyroïdectomie partielle, Socin, de Bâle, a depuis quelques années, remplacé cette dernière par la *strumectomie*

ou ablation de la partie dégénérée du corps thyroïde sans toucher aux parties saines de la glande. L'auteur de cette revue cite trois cas de goitre opérés récemment par M. Poncet, de Lyon. De ces faits, il résulte que la strumectomie préconisée par Socin, tout en étant en principe l'opération de choix, ne peut être employée dans tous les cas. J. GAREL.

De la diphtérie, par J. Simon. (*Bulletin médical*, 15 juin 1890.)

J. Simon, dont nous avons déjà développé l'enseignement à ce sujet dans un des numéros précédents de ce recueil, insiste dans cette leçon sur l'importance capitale que prend par le diagnostic la recherche du bacille, en présence de cas où le doute était absolument nécessaire, et réclame pour cela l'installation de laboratoires spéciaux pour procéder à la recherche très facile du bacille de Klebs. Dans cette leçon, écrite avec beaucoup de clarté et intéressante d'un bout à l'autre, nous relevons surtout ce côté spécial. A. G.

Angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtéritique, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 9 mai 1890.)

Intéressante communication, où l'auteur fait ressortir la différence qui existe entre l'angine initiale et tardive de la scarlatine, la seconde étant toujours diphtéritique, la première ne l'étant pas, mais dans quelques cas l'aspect de l'angine initiale ressemble à s'y méprendre à l'angine diphtéritique, et cette méprise a causé la mort des petits malades que l'on envoyait dans les salles de diphtérie. Les pseudo-membranes de cette angine précoce ont été examinées par Wurtz et Bourges, qui n'ont pas trouvé de bacilles de Klebs, mais différentes variétés de streptocoques. Cette présentation de Sevestre amène l'intervention de Chantemesse, qui montre que les streptocoques forment des pseudo-membranes avec plus de facilité que le bacille de Klebs et qui réclame, pour élucider cet important diagnostic, l'examen bactériologique constant des pseudo-membranes qui peut se faire en vingt-quatre ou trente-six heures.

A. G.

Propagation de la diphtérie du pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant, par Bilhaut (*Bulletin de la Soc. de médecine pratique de Paris*, séance du 5 juin 1890.)

De cette communication et de la discussion qui la suivit et à laquelle prirent part les Drs Duchesne, Dubousquet-La-Borde-

rie, Leblanc, Jasiéwicz et G. de Grandmont, il semble résulter que cette propagation est réelle, malgré la non-identité des microbes de la pépie et de la diphtérie, d'après les recherches de Roux et Yersin. A. G.

Un cas d'ataxie diphtéritique, par L. Dor, interne des hôpitaux de Lyon. (*Province méd.*, 4 janvier 1890.)

Il s'agit d'un nouveau cas d'ataxie post-diphtéritique analogue à ceux étudiés par Leval-Piquechef dans sa thèse (1885). Le malade eut au commencement de juillet une légère angine qui passa pour ainsi dire inaperçue. Un mois après survient de la paralysie du voile du palais. A partir du 15 août, il ne peut plus se tenir debout; il y a de l'incoordination avec abolition des réflexes. Du 25 octobre au 18 novembre, tous les symptômes disparaissent. J. GAREL.

Traitement de Gaucher dans la diphtérie, par le Dr Clement. (*Province médicale,* 18 janvier 1890.)

M. Clément fait une communication à la Société nationale de médecine de Lyon sur la valeur de ce traitement. Sur quinze cas, il a obtenu quinze guérisons. Contrairement à Gaucher, il recommande des badigeonnages sans violence. J. GAREL.

Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébelleuse, par M. Brosset. (*Province médicale*, 1er mars 1890.)

M. Brosset communique à la Société des sciences médicales de Lyon l'observation d'un malade qui, pendant son existence, avait présenté les symptômes d'une paralysie labio-glosso-laryngée. Cette affection était d'origine infectieuse et remontait à une fièvre typhoïde que le malade avait eue à l'âge de 15 ans.

A l'autopsie, on trouve le bulbe intact, un léger noyau de ramollissement de l'hémisphère droit, mais surtout une atrophie du cervelet et plus particulièrement du lobe droit.

On connaissait jusqu'à présent des paralysies glosso-labiées d'origine cérébrale et bulbaire. Il existerait donc une troisième forme d'origine cérébelleuse. J. GAREL.

Hydroa buccal pseudo-syphilitique, par G. Baudouin. (*Soc. de dermat. et de syph. de Paris,* séance du 8 mai, in *Bulletin médical*, 22 mai 1890.)

Très intéressante présentation d'un cas d'éruption de toute la muqueuse buccale (lèvres, joues, langue, palais, voile), dans lequel les plaques ressemblaient soit à celles des fumeurs

ou même et surtout aux plaques muqueuses de la syphilis, d'autant plus que l'aspect opalin, causé par l'aplatissement très rapide des phlyctènes ressemblait étonnamment à celui des syphilides. L'erreur pourrait être évitée parfois par le voisinage d'éruptions voisines au début, ou bien par la coïncidence avec de nombreuses papules avec les divers aspects décrits par Hébra; quelquefois même, pour aggraver le doute, ces papules affectaient, avec celles de la syphilis, une analogie bien frappante. A l'appui de cette présentation, le professeur Fournier présente la relation d'un cas où le diagnostic était à peu près insoluble chez une jeune fille de 18 ans. Mais heureusement les cas rapportés par Baudouin sont aussi rares et exceptionnels que la maladie avec laquelle on peut les confondre est fréquente!

A. G.

Un cas d'accident pharyngé de l'hérédo-syphilis, par R. Arnaud. (*Annales de polycl. de Bordeaux*, janvier 1890.)

Fillette de 9 ans qui avait depuis quelque temps une saillie rouge sur la paroi postérieure du voile du palais, et au sommet de cette saillie une ulcération profonde, grisâtre, avec bords taillés à pic. L'accident guérit en peu de temps. A. G.

Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx (Ulcération de la carotide interne, mort), par V. Raulin. (*Annales de polycl. de Bordeaux*, juillet 1890.)

Jeune homme de 22 ans, qui eut quatre ans auparavant des chancres avec adénite suppurée double, sans aucune manifestation syphilitique depuis, aussi l'auteur croit-il à l'existence d'une syphilis héréditaire tardive. Il s'agissait d'une ulcération de la partie supérieure du pharynx avec œdème au-dessous et troubles auditifs. Sous l'ulcération on observait une dénudation des os rachidiens; le malade crachait des débris infects. Rien dans les fosses nasales. Au bout d'un mois de traitement, l'affection s'améliora sensiblement, mais une récidive plus grave avec lésions très profondes s'établit ultérieurement en raison de la négligence du traitement, et le malade succomba brusquement à une très forte hémorrhagie que l'auteur suppose avoir été causée par l'ouverture de la carotide, qui ne fut pas constatée, car il n'y eut pas d'autopsie. Suit ensuite une discussion sur la cause des accidents, tuberculeux ou syphilitiques, que nous croyons vidée par la première amélioration. A. G.

Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier multiples et indurées, par ROYER. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, extrait de l'année 1889.)

L'auteur décrit un cas de syphilis tertiaire de la cloison, accompagné de la présence sur le voile du palais, la luette et les piliers, de petites tumeurs dures, disséminées, ayant déformé la luette. Ces tumeurs ont été peu modifiées par le traitement, tandis que l'ulcération nasale guérissait. En appelant cette lésion des gommes, nous croyons que l'auteur commet une erreur, car les gommes du voile du palais amènent toujours la perforation, il s'agissait plutôt de syphilomes diffus en nappe ou d'infiltration scléreuse. L'intérêt de ce cas est dans la difficulté de modifier la lésion par le traitement. A. G.

Des gommes du voile du palais, diagnostic et traitement, par A. FOURNIER. (*Revue générale de clinique et thérapeutique* du 27 mars 1890.)

Dans une leçon clinique, l'auteur expose le diagnostic différentiel de la gomme (*avant la perforation*) avec une angine aiguë, à laquelle elle ressemble quelque peu à ce moment, puis avec le lupus et la tuberculose. Rien de particulier à signaler à ces deux derniers points de vue. Quant au traitement, l'*iodure à doses massives* de 4 à 5 grammes, avant que la perforation ne s'établisse et *rejeter absolument* le mercure. Si la perforation est établie, favoriser le recollement au moyen des caustiques fréquemment appliqués, le nitrate d'argent suffira. A. G.

Papillome du voile du palais, par A. CHIPAULT. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, séance du 14 mars 1890, p. 153.)

La tumeur présentée par Chipault siégeait sur le bord libre près de la luette; elle était grosse comme un noyau de cerise, d'une couleur jaune rose et hérissée de petites saillies papillaires; à côté de cette tumeur se trouvait une deuxième plus petite. Les signes étaient une toux, très fréquente, et une sensation de corps étranger et des besoins de déglutition fréquents. L'examen histologique fait par le Dr Dubar démontre la nature papillomateuse de la tumeur. Deux dessins de ces coupes sont annexés au travail. Les recherches de l'auteur ne lui ont fait trouver qu'un petit nombre de cas, mais il dit avec raison qu'ils doivent être plus fréquents et que la cause de la rareté est l'absence de publications de faits analogues. Pour

notre part, nous en avons, en effet, plusieurs fois observés et opérés à la clinique de l'hôpital Lariboisière. A. G.

Deux cas d'abcès rétro-pharyngiens, par R. ARNAUD. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890.)

Dans ces deux cas, il y eut coïncidence avec une tuberculose pulmonaire assez avancée : les malades furent opérés, mais ne furent pas suivis ; l'auteur discute à la fois le procédé opératoire, le lieu d'élection de l'ouverture de ces abcès, qui doit être faite en bas, enfin l'opportunité des appareils d'aspiration. A. G.

Phlegmon latéro-pharyngien consécutif à l'influenza, par J. VILCOQ. (*Union médicale du Nord-Est*, n° 6, 1890.)

Dans ce cas où le début de la complication fut une amygdalite phlegmoneuse, suivie de phlegmon du pharynx et d'œdème énorme du gosier, du cou et de la face, le chirurgien dut, après anesthésie chloroformique, opérer de la façon suivante : incision de 6 centimètres parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur et à 2 centimètres de l'angle de la mâchoire. Introduction d'une sonde cannelée, issue de pus fétide, application d'un drain et pansement antiseptique. En 15 jours, la guérison fut complète. A. G.

Ulcère rond du pharynx, par HENROT. (*Société médicale de Reims*, in *Union médicale*, 4 octobre 1890.)

Le Dr Henrot communique à ses collègues, l'observation d'un ulcère rond, excavé, à bords taillés à pic, de 3 millimètres de profondeur avec adénite cervicale aiguë. L'ulcération guérit sans traitement spécifique par des moyens anodins. Les Drs Moret et Decès ont observé des cas analogues, que le Dr Henrot propose d'appeler ulcères ronds du pharynx. A. G.

Phlegmon infectieux du pharynx, par CULOT. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 20 novembre 1890.)

L'auteur cite un cas de phlegmon infectieux survenu très rapidement et qui en trois jours mit le malade dans la situation la plus dangereuse (39°, *albuminurie*, *dyspnée violente*), les symptômes se détendirent par suite de l'expectoration de pus fétide, mais la gravité de l'affection ne tarda pas à se reproduire en même temps qu'apparut de la tuméfaction du cou d'un côté. En présence de cet état et sans qu'un examen laryngoscopique antérieur fût fait, le malade fut chloroformé et une incision fut

pratiquée dans la région sous-claviculaire, le pus sortit e en quelques jours, le malade guérit. Le Dr Culot, omet de constater le point de départ de cet abcès. L'examen bactériologique du pus ne fut pas fait. Rien ne fut noté du côté des organes respiratoires.

L'auteur se félicite de cette intervention qu'il croit devoir être pratiquée dans tout cas de ce genre pour éviter l'intoxication causée par la rétention du pus. A. G.

Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx, par Merklen. (*Soc. méd. des hôp.*, séance du 7 novembre 1890.)

Merklen attire l'attention sur la simultanéité d'altération du pharynx et du larynx, en raison du siège de la maladie qui avait son point de jonction de ces deux régions. C'est la même affection qui a été décrite sous le nom d'abcès rétro-laryngien primitif, laryngite phlegmoneuse, œdème aigu de la glotte, et dans cette affection c'est la dysphagie qui débute, très rapidement suivie de dyspnée; en même temps, la fièvre, l'albuminurie, la tuméfaction de la rate, constituent le cortège habituel des états infectieux aigus. Les malades de Merklen n'eurent pas de localisation pulmonaire. Pour l'auteur, le pronostic de cette affection est des plus graves, peut-être mortel, car la lecture des auteurs qui ont traité de cette maladie ne lui a guère permis de trouver qu'un cas de guérison. Merklen ne cite que très succinctement l'irradiation de l'affection vers le cœur qui semble être peu prononcée. A. G.

Notes et observations sur la tuberculose miliaire aiguë du pharynx, par D. Aigre. (*Société med. des hôp. de Paris*, séance du 8 janvier 1890.)

Notre collaborateur le Dr D. Aigre a présenté, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, trois observations de tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Le Dr Letulle, son rapporteur, avait fait l'examen histologique des pièces fournies par l'auteur, et il avait été frappé des caractères aigus de cette inflammation tuberculeuse, c'est-à-dire de l'abondance des microbes étrangers à la tuberculose (les diplocoques, staphylocoques et streptocoques) à côté de la rareté relative des bacilles de la tuberculose, ce qui permettait d'attribuer à ces germes pathogènes un rôle prépondérant dans l'évolution ulcérative des lésions tuberculeuses. Ces associations de microbes, les uns primitifs (le bacille de Koch), les autres secondaires, expli-

queraient, dit Letulle, l'évolution ulcéreuse et légitimeraient en pareil cas la destruction de ces tissus par des agents énergiques (*ce que l'on a fait souvent, disons-le, sans avoir bien réussi*).

Dans les considérations étiologiques et cliniques qui suivent, Aigre montre que l'auto-infection n'a pas toujours été possible à admettre, car chez un de ses malades il y avait peu de lésions pulmonaires et pas d'expectoration. L'auteur attire encore l'attention sur la douleur violente que ces malades accusent, sur la marche rapide de l'affection, sur les souffrances d'oreilles qui, dit-il, ne sont pas de cause réflexe, mais causées par l'envahissement du larynx (*ce que nous avons observé;* Aigre, du reste, le mentionne). Enfin il rectifie quelques exagérations du tableau d'Isambert sur la dysphagie (nous sommes tout à fait d'accord en cela avec lui; du reste, Isambert avait fait sa description d'après un nombre trop restreint de malades). L'auteur ne croit pas à la guérison (nous ne partageons pas son opinion, car nous avons observé la disparition de ces accidents chez quelques malades). Suivent ensuite quelques conclusions qui terminent ce très intéressant et consciencieux travail. A. G.

Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe, guérison, par Périer. (*Acad. de méd. de Paris*, in *Gazette des hôpitaux*, 7 mai 1890.)

Fillette de 10 ans qui avala un bouton qui s'arrêta dans l'œsophage et ne put être extrait par aucun des moyens habituels (pince, panier de Grœfe). On sentait le corps étranger par la palpation du cou. Périer pratiqua l'œsophagotomie externe : procédé opératoire : inciser le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, refoulement en dehors de la carotide, ouverture de l'œsophage, extraction, suture de l'œsophage, drain, suture de la peau : après l'opération, vomissement de lait, qui revint par la plaie, on dut défaire la suture et faire déglutir une solution chloralée qui revint par la plaie, pansement au chloral et guérison, au bout de 4 jours l'enfant put prendre des aliments par la bouche. A. G.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, gastrostomie, par P. Berger et Canniot. (*France médicale*, 25 avril 1890.)

Les auteurs recommandent de ne pas opérer trop tard et de faire l'opération en deux temps, 1° fixation de l'estomac à la paroi ; 2° ouverture de l'estomac au thermocautère deux jours après. A. G.

Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par TERRILLON. (*Académie de médecine*, séance du 21 janvier 1890.)

Terrillon avait présenté le malade en 1888, après l'opération; depuis, après de nombreuses tentatives, il réussit à dilater l'œsophage et à alimenter le malade par cette voie, aussi la fistule stomacale fut elle opérée et oblitérée; pour arriver à ce résultat, deux opérations furent nécessaires. A. G.

De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par M. GANGOLPHE. (*Lyon médical,* 6 et 13 juillet 1890.)

L'auteur préfère à la gastrostomie l'emploi des sondes à demeure, pourvu qu'elles soient en caoutchouc mou, rouge, et qu'elles soient introduites au moyen d'un mandrin en plomb ou en baleine; il prétend que ces sortes de sonde pénètrent sûrement, même dans un rétrécissement assez avancé, pourvu qu'elles soient menées avec douceur et patience (*c'est un point sur lequel nous sommes d'accord avec lui, d'après notre expérience*). La survie, dit-il, est beaucoup plus longue qu'avec la gastrostomie, et il rappelle les cas de Krishaber où le séjour de la sonde put être toléré pendant des mois. Il ne voit pas la nécessité absolue de faire sortir la sonde par le nez; il pense que si l'on n'attendait pas trop longtemps, on pourrait, en introduisant facilement alors une sonde, réussir plus aisément en alimentant le malade avant que l'état cachectique ne se produise. Gangolphe parle aussi des tubes métalliques qui peuvent être laissés dans l'œsophage, d'après la méthode de Leyden et Renvers, mais il ne recommande pas leur emploi, qui ne peut être légitimé que par le désir de faire passer les aliments sur la langue avant leur entrée dans l'œsophage; des accidents peuvent survenir à la suite de leur emploi, tels que le séjour de parcelles d'aliments entre eux et la paroi de l'œsophage cancéreux. A. G.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage près du cardia. — Gastrostomie. — Dilatation consécutive du rétrécissement. — Fermeture de la fistule stomacale, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 29 mars 1890.)

Le sujet avait 53 ans; le rétrécissement survenu progressivement datait de quelques mois; il était survenu à la suite du rejet de morceaux de viande insuffisamment mastiqués et dont le passage éveilla une vive douleur. Le malade ne pouvant plus

rien déglutir et la sonde œsophagienne la plus minime ne pouvant passer, demanda à être soulagé, et on pratiqua la gastrostomie qui réussit bien, mais à la suite de laquelle l'abondance du suc gastrique détermina des ulcères douloureux de la plaie; ces douleurs et cette tendance ulcéreuse ne peuvent être calmées que par l'ingestion de grandes quantités de bicarbonate de soude et de craie préparée, 50 grammes de l'un et 50 grammes de l'autre. Au bout de quelques mois, le cathétérisme de l'œsophage pratiqué sur l'estomac au moyen de bougies d'un volume progressif, restaura la voie, et on put fermer la fistule en deux opérations successives : le malade ne garda qu'une fistulette très ténue qui fut atténuée facilement au moyen d'un bandage compresseur. La guérison s'est bien maintenue. A. G.

Cancer de l'œsophage à début dyspnéique, accès de suffocation, trachéotomie, compression des récurrents, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôp.,* séance du 18 juillet 1890.)

Le Dr Gaucher cite le cas d'un malade chez lequel les symptômes de dysphagie furent précédés d'accès de suffocation qui firent supposer, au début de l'observation, l'existence d'une affection laryngienne. A propos de ce cas, nous rappellerons qu'à la même société, il y a douze ans, nous eûmes l'occasion d'attirer l'attention sur le début laryngien, en quelque sorte, du cancer de l'œsophage; à l'autopsie, on trouva une compression des deux nerfs récurrents. A. G.

Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage, par LE FORT. (*Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1890.)

C'est surtout une appréciation générale de la gastrostomie et l'étude de ses diverses indications que le professeur Le fort a envisagés dans ce mémoire. Cette opération peu grave quand il s'agit de l'extraction d'un corps étranger, l'est déjà beaucoup plus quand il s'agit de rétrécissements cicatriciels et est d'une gravité exceptionnelle dans le rétrécissement cancéreux. Dans le rétrécissement cicatriciel, l'opération ne réussit qu'à condition de restaurer ultérieurement le passage ou quand la salive peut pénétrer dans l'estomac. Faute de cette condition, la résistance vitale des malades s'amoindrit, et ils sont emportés rapidement par la moindre complication. Dans le rétrécissement cancéreux, l'opération réussit fort peu, et Le Fort préfère l'emploi des sondes à demeure préconisé par Krishaber. Il préfère,

dans le rétrécissement cicatriciel, la dilatation, quelque longue qu'elle puisse être, et conseille l'emploi des sondes spéciales à mandrin intérieur et ayant à leur extrémité une bougie conductrice de calibre variable. A. G.

Cancer de l'œsophage, gastrostomie, par F. TERRIER et H. DELAGENIÈRE. (*Revue de chirurgie*, mars 1890.)

Les auteurs sont partisans déterminés de la gastrostomie pratiquée dans ces cas et la préfèrent à tout autre mode de traitement qu'ils considèrent comme dangereux, le cathétérisme, par exemple, même avec la sonde à demeure. Seulement, pour que l'opération ait des chances de réussir, il ne faut pas attendre trop longtemps. Le mode d'opération est très simple et l'opération réussit aisément à condition qu'on ferme bien hermétiquement la cavité péritonéale et qu'on fasse après cela l'ouverture de l'estomac sans attendre quelques jours, délai qui aurait pour résultat le gonflement des parties et une plus grande difficulté d'ouverture. Les auteurs expliquent minutieusement leur procédé de fermeture du péritoine qui est la clef de voûte de l'opération; après, il ne reste plus qu'à recouvrir la plaie avec la muqueuse pour éviter les dégâts causés par le suc gastrique. Pour éviter ce dernier accident, la plaie devra être capitonnée de sachets contenant du carbonate de magnésie. Les auteurs critiquent l'administration interne du bicarbonate de soude et du carbonate de chaux à dose massive, suivant le conseil de Debove. L'alimentation ne doit être faite que le lendemain de l'opération, et elle ne doit point être trop fréquente. Quelquefois il sera bon de laver la muqueuse stomacale. Ce mémoire est écrit avec une clarté remarquable; c'est un *véritable code* de la gastrotomie. Le malade survécut six mois. A. G.

Varices de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique, par LETULLE. (*Médecine moderne*, 20 novembre 1890.)

Jusque dans ces derniers temps, la cause étiologique habituelle de cette lésion était la cirrhose atrophique du foie et les troubles consécutifs de la circulation porte : l'étude actuelle de Letulle basée sur un fait bien choisi et magistralement examiné au point de vue anatomo-pathologique, lui a démontré que la cirrhose atrophique pouvait ne pas exister, malgré l'existence de l'ascite. La cause de ces dilatations œsophagiennes est l'existence d'une phlébite des grandes veines causant une dérivation

du courant veineux du côté des voies œsophagiennes, prédisposées à cette lésion par le fait de l'alcoolisme. A. G.

Amygdalotomie suivie d'hémorragie chez un enfant, par E.-J. MOURE. (*Soc. de chirurgie*, séance du 30 avril 1890.)

Schwartz présente, au nom du Dr E.-J. Moure, de Bordeaux, une observation d'hémorragie secondaire après une amygdalotomie pratiquée chez un enfant qui était encore dans la période inflammatoire. L'hémorragie se montra surtout pendant la nuit. Moure considérait cet accident comme exceptionnel chez les enfants après l'amygdalotomie. Cette observation suscita une discussion dans la Société, où Quénu et Verneuil ont soutenu la supériorité du procédé de l'igniponcture; le premier dans tous les cas, le second seulement chez l'adulte. Quénu prétend que l'igniponcture est toujours facile, même chez l'enfant, et qu'elle exige peu de sciences, à condition de plonger profondément le cautère. Chauvel, de son côté, préfère l'amygdalotomie en raison de la longue durée de la cautérisation. La majorité des membres de la compagnie semblent reconnaître le danger de l'amygdalotomie, mais surtout si l'on viole certaines règles telles que l'opération dans un tissu enflammé ou bien l'extirpation de la totalité de l'amygdale. A. G.

De l'amygdalite, par H. RENDU. (*Mercredi médical*, 8 octobre 1890.)

Rendu, quelle que soit la durée de l'amygdalite, qu'elle suppure ou non, qu'elle coïncide ou non avec des maladies variables, telles que le rhumatisme, considère que c'est une affection franchement infectieuse, susceptible de produire des complications viscérales sérieuses, suivant la qualité des terrains Quant à l'espèce du microbe, bien que l'auteur tende à croire qu'il y a de l'analogie avec celui de la pneumonie, il pense qu'il n'y a pas de ce côté une cause pathogénomique en raison des nombreux microbes existant dans cette région. La thérapeutique doit donc être essentiellement antiseptique et tonique tout à la fois.

A. G.

De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections, par E. JEANSELME. (*Gazette des hôpitaux*, 25 janvier 1890.)

Sous la forme d'une revue générale, le Dr Jeanselme a fait une étude complète des maladies chroniques ou aiguës causées par l'introduction amygdalienne des microbes. Dans les maladies

chroniques, le microbe est bien connu quelquefois, ou s'il n'est pas isolé comme dans la syphilis, son existence n'en est pas moins indubitable. Dans les maladies aiguës, le corps du délit n'a pas toujours été découvert, car si la bactériologie semble avoir dit son dernier mot pour la diphtérie, depuis les travaux de Roux et d'Yersin, il n'en est pas de même pour l'angine de Ludwig, l'angine gangréneuse, l'angine aiguë ordinaire avec déterminations métastatiques, que le dernier caractère permet sans hésitation de ranger dans la classe des maladies infectieuses, et à ce sujet, Jeanselme expose les caractères cliniques infectieux des angines de la façon la plus claire. En terminant, l'auteur recommande la destruction par le feu des amygdales atteintes de lésions chroniques. En somme, cette revue est un bon résumé, bien exposé, et contenant sous une forme aussi claire que condensée, tous les résultats acquis par la science depuis ces dernières années. A. G.

Étude clinique sur les goitres sporadiques infectieux, par Charvot. (*Revue de Chirurgie*, 10 septembre 1890.)

Dans ce travail, étayé sur un certain nombre de très bonnes observations, l'auteur étudie les différentes manifestations de thyroïdite infectieuse qu'il a rencontrées dans sa pratique comme médecin militaire. Cette variété de goitres peut se greffer sur une tumeur du corps thyroïde ou bien se montrer chez des individus en séjour dans un pays de goitre, il y a donc là pour l'infection un *locus minoris resistentiæ*. La fièvre typhoïde, le rhumatisme et surtout l'impaludisme sont les maladies dans lesquelles Charvot a constaté l'apparition du goitre infectieux. Dans la fièvre typhoïde, la suppuration peut survenir; dans les deux autres cas, la médication habituelle spécifique peut suffire pour la guérison de la complication, surtout dans l'impaludisme : la durée du goitre sporadique infectieux est variable suivant les cas; quant au microbe pathogène, il est encore inconnu. L'auteur a encore rencontré ce goitre chez des tuberculeux et des varioleux. A. G.

Langue noire, par H. Surmont. (*Gazette des hôpitaux*, 6 octobre 1890.)

Etude complète de cette curieuse affection et dont le point original le plus important est la réfutation de la doctrine parasitaire. L'auteur considère la langue noire comme une pure dystrophie locale, dont les rapports avec le système nerveux sont

encore à établir. Il croit, avec Mathieu, que la graisse est la cause de la coloration de l'épithélium lingual hypertrophié et hyperkératinisé ; c'est la raison de ce dernier caractère que Surmont propose comme traitement l'emploi de solutions salicylées, alcooliques au 1/20e. A. G.

Double suppuration des glandes sous-maxillaires, par A. Pilliet. (*Bulletin de la Société anatomique*, avril 1890, séance du 4 avril.)

Dans cette très intéressante note, l'auteur décrit une complication survenue chez des vieillards atteints de maladies aiguës variables. Cette affection des glandes sous-maxillaires revêt pendant la vie la forme d'une tuméfaction erysipélateuse da la région sous-hyoïdienne. Pilliet, après une description histologique très minutieuse, constate que le siège de la lésion est dans l'acinus même et qu'il ne gagne le tissu interacineux que consécutivement, c'est le même processus que celui de la parotide, d'après Virchow, Rindfleisch, Cornil et Ranvier, Hanot. L'origine de cette complication serait donc une action septique gagnant de la bouche les conduits glandulaires, et le résultat de ces recherches une antisepsie très soigneuse de la cavité buccale dans les maladies aiguës, surtout chez les vieillards et dans tous les cas où la bouche et la langue sont noirâtres et sèches.

A. G.

De la rubéole, par Juhel Renoy. (*Société méd. des hôpitaux de Paris,* 21 et 28 mars 1890.)

Juhel Renoy, dans une communication sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, avait avancé qu'un des caractères distinctifs de cette affection était l'absence de manifestation du côté des muqueuses gutturale, nasale et laryngienne. Dans la discussion qui suivit cette lecture, Chantemesse produisit une observation qui infirmait les conclusions de l'auteur, son malade avait eu du coryza, de l'angine pharyngée et laryngée avant l'apparition de l'éruption. Talamon cita aussi des cas, observés avec Lecorché, dans lesquels ces manifestations avaient eté observées.

Comme on voit, d'après ces cas, le diagnostic avec la rougeole est loin quelquefois d'être aussi facile que l'avait supposé Juhel Renoy. A. G.

De l'anesthésie locale par la cocaïne, par P. Reclus. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 mars 1890.)

Ce travail, destiné surtout à la chirurgie générale, présente

néanmoins un intérêt réel pour la chirurgie spéciale dont s'occupe ce recueil. Le Dr Reclus a pratiqué plus de 700 opérations en remplaçant le chloroforme par la cocaïne, sans jamais avoir eu d'accident et en produisant en très peu de temps une analgésie très durable pouvant se maintenir trois quarts d'heure, même une heure. L'auteur procède par injection dermique, hypodermique, musculaire et même périostique. Dès qu'il a piqué la peau, il refoule le piston et il continue cette manœuvre jusqu'au bout de la pénétration. La quantité injectée chaque fois est de 2 centigrammes de chlorhydrate, on peut injecter impunément jusqu'à 10 centigrammes et quelquefois au-delà, à condition que le produit soit très pur. Avec l'instrument tranchant, l'opération peut être faite lentement, mais il faut aller très vite quand on se sert du thermo ou du galvano-cautère. A. G.

Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique, par P. Merklen. (*Gazette hebd. de méd. et de chirurgie,* 15 mars 1890.)

Merklen, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a observé ce phénomène chez quelques malades atteints d'insuffisance aortique. Il a vu, dans ce cas, la luette amincie d'un gonflement rhytmique synchrone avec les pulsations radiales et carotidiennes. A. G.

Conditions qui favorisent le développement du muguet, par G. Linossier et G. Roux. (*Acad. des Sciences*, séance du 17 juin 1890.)

L'intérêt de ces recherches, pour le praticien, est dans le fait assez curieux que les récoltes les plus abondantes se produisent plutôt dans les milieux alcalins que dans les milieux neutres acides, et pourtant le mode de traitement préconisé le plus souvent est le lavage des parties contaminées au moyen des liquides alcalins, de l'eau de Vichy, par exemple. A. G.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ITALIE.

Oreille.

Des troubles de l'organe auditif dans le tabès dorsal, par E. Morpurgo *Bollett. delle Malattie dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1890).

Guide pratique pour l'enseignement de la parole articulée aux sourds-muets, par Mattioli (*Sienne*, 1889).

Des diverses formes d'otite moyenne purulente chez les tuberculeux, par T. Bobone (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mars 1890).

Un cas d'athérome du conduit auditif externe, par C. Corradi (*Boll. dell Malattie dell orecchio, gola e naso*, mars 1890).

L'influenza et l'oreille, par G. Gradenigo (*Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mars 1890).

Contre l'otorrhée. Note de P. Pelati (*Morgagni*, 1er mars 1890).

L'importance de l'étude de l'otologie. L'état actuel de l'otologie en Italie et à l'étranger, par G. Gradenigo (Typog. L. Roux, *Turin* 1890).

La fermeture mécanique de la trompe dans le traitement caustique des otites moyennes purulentes chroniques, par G. Ferreri (*Lo Sperimentale*, février 1890).

Compte rendu statistique des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, observées pendant les années 1887-88 et 1888-89 à l'hôpital clinique de Naples, par V. Cozzolino (*Gazz. med. delle puglie, Bari*, 1890).

Les maladies de l'oreille au cours de l'influenza. Revue par G. Gradenigo (*Il policlinico di Torino*, 8 avril 1890).

Du traitement de quelques formes de surdités par la mobilisation de l'étrier, par G. Masini (*Bollett. delle Malattie dell' orecchio, gola e naso*, mai 1890).

Contribution à la casuistique des lésions auriculaires consécutives à l'influenza, par A. d'Aguanno (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mai 1890).

L'influenza et l'oreille, par D. Calderai (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mai 1890).

Les maladies de l'oreille chez le fœtus et dans la première enfance et leurs conséquences graves pour l'ouïe et la parole, par V. Grazzi (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mai, septembre et novembre 1890).

Les maladies de l'oreille dans l'influenza, par P. Avoledo (*Il Morgagni*, 10 mai 1890).

Valeur diagnostique de l'expérience de Weber, par Corrado Corradi (*Arch. int. di laring., otol. rinol.*, mars et mai 1890).

La conformation du pavillon de l'oreille chez les individus sains, les aliénés et les délinquants, par G. Gradenigo (*Giorn. della r. accad. di Torino*, juin 1890).

Sur l'excitabilité électrique du nerf acoustique et sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et du système nerveux en général, par P. Gradenigo (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, juillet 1890).

La chirurgie de la mastoïde et du cerveau pour les lésions auriculaires produites par l'influenza ou aggravées par cette maladie infectieuse. Leçon de clôture du cours des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, professé pendant l'année 1889 à l'hôpital clinique de Naples. par V. Cozzolino et recueillie par G. Isaia (*Bollett. delle malatt. dell' orecchio, gola e naso*, juillet 1890).

De l'etiologie de l'otite moyenne. Contribution expérimentale, par G. Bordoni-Uffreduzzi et G. Gradenigo (*Arch. per le sc. med.*, vol. XIV, n° 12, 1890).

Les lésions auriculaires et des premières voies respiratoires dans l'influenza, par V. Cozzolino (*Gazz. degli ospitali*, n°° 3 et 4, 1890).

Hygiène de l'oreille en rapport avec la physio-pathologie des cavités nasales, du naso-pharynx, etc., par V. Cozzolino (4° édition, F. Cosmi, éditeur, *Naples* 1890).

L'otologie dans les instituts de sourds-muets, par V. Grazzi (*Educazione dei sordomuti*, juillet 1890).

Les troubles auriculaires dans l'influenza, par G. Masini (*Riv. clin. arch. ital. di clin. med.*. 30 juin 1890).

Les bruits subjectifs de l'oreille dans l'otite interne. Note de G. Gradenigo (*Turin* 1890).

Nouveaux procédés d'extraction des corps étrangers de l'oreille, par C. Corradi (*Il sordomuto*, 15 août 1890).

Compte rendu de la section otologique du 10° congrès international de médecine, par G. Gradenigo (*Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, 1er septembre 1890).

Sur un cas de gangrène spontanée symétrique du tiers supérieur du pavillon de l'oreille, par Urbantschitsch (*Il sordomuto*, septembre 1890).

Contribution à la recherche des causes capables de produire la surdité chez les enfants et comme conséquence, le mutisme, par T. Bobone (*Il sordomuto*, septembre 1890).

I. Les microorganismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs compli·ations. — II. Contribution à l'étude morphologique de l'anthélix du pavillon humain, par G. Gradenigo (*Il sordomuto*, septembre 1890).

Affections du nerf acoustique dans les néphrites, par G. Gradenigo (*Il sordomuto*, octobre 1890).

Sur la pression endotympanique, par Secchi (*Il sordomuto*, octobre 1890).

Les otites et les rhino-pharyngites dans les asiles et les écoles primaires. Note de G. Soffiantini (*Il sordomuto*, octobre 1890).

Des moyens et mode d'examen de l'organe de l'ouïe chez les enfants et chez les sourds-muets. Notes et réflexions, par G. Longhi (*Il sordomuto*, octobre 1890).

De quelques médicaments nouveaux et nouvelles méthodes de traitement en otologie, rhinologie et laryngologie, par G. Masini (*Boll. delle malattie, dell' orecchio, gola e naso*, 1er novembre 1890).

Chirurgie endo-cranienne pour les suppurations de l'oreille, par V. Cozzolino (*Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, 1er novembre 1890).

Sur les instituts otothérapiques et sur l'éducation du sourd-muet, par V. Cozzolino (*Il sordomuto*, novembre 1890).

Un cas d'accident grave à la suite d'une injection de chlorhydrate de cocaïne dans la caisse du tympan, par Ficano (*Gaz. degli ospitali*, 26 octobre 1890).

Observations bactériologiques sur le contenu de la cavité du tympan dans les cadavres de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle, par Gradenigo et Penzo (*Giorn. della R. accad. de med. di Torino*, nos 7 et 8, 1890).

Larynx et Trachée.

Compte rendu de l'année scolaire 1888-89 (8e année d'enseignement du prof. Massei à l'université de Naples, par A. Trifiletti (*Tipog. dell' Unione, Naples* 1889).

Leçons cliniques sur les affections des premières voies respiratoires professées à l'hôpital clinique de Jésus et Marie pendant l'année scolaire 1888-89, par le prof. F. Massei, recueillies par S. Marano (1 vol., de 312 p. avec 14 fig. Tip. Jovane, *Salerne* 1889).

Contribution à la trachéotomie, par G.-I. Mantovani (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1890).

De l'influence que la physiologie des organes vocaux doit exercer sur l'étude du chant, par G. Nuvoli (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1890).

Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales, par F. Massei (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1890).

Rare issue des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par F. Felici (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1890).

Un cas de toux obstinée due à un vice congénital de conformation de la luette, par Buglioni (*Gazzetta degli ospitali*, 8 décembre 1889).

Œdème aigu primitif du larynx. Trachéotomie, guérison, par B. Martino (*Progresso medico*, 10 février 1890).

Lupus du larynx, par F. Massei (*Riforma med.*, février 1890).

Traitement de la tuberculose du larynx, par V. Cozzolino (*Terapia moderna*, février 1890).

La suture du larynx, étude clinique et expérimentale, par Leone Levi (*Il Morgagni*, mars 1890).

Sur les inhalations et les injections trachéales dans la phtisie pulmonaire, par A. Fasano (*Arch. int. di laring., otol. e rinol.*, janvier 1890).

Ma première intubation dans un cas de croup laryngé, par F. Massei (*Arch. ital. di pediatria*, n° 2, 1890).

La laryngite hémorragique et l'influenza. Note clinique de S. Marano (*Arch. ital. di laringol.*, avril 1890).

Ma cinquième intubation pour le croup laryngé, par F. Massei (*Arch. ital di laringol.*, avril 1890)

De la valeur comparée de la trachéotomie et de l'intubation dans les cas de sténose du larynx, par F. Egidi (Congrès de la Soc. ital. de chir., tenu à Florence en avril 1890; in *Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, mai 1890).

Pathologie et thérapeutique du pharynx, des fosses nasales et du larynx (comprenant la technique rhinoscopique et laryngoscopique à l'usage des médecins et des étudiants. Volume II. Larynx, par F. Massei (2e édition revue et augmentée. 1 vol. de 570 pages, F. Vallardi, éditeur, *Naples*, 1890).

Contribution à la statistique de l'extirpation du larynx, par E. Kraus (*Il policlinico di Torino*, 23 mai 1890).

Deux cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien, par P. Masucci (*Ras-*

segna critica int. delle malattie del naso, gola ed orecchio, mars 1890).

Trachéotomie pour une blessure du larynx par arme à feu, par G. Fabiani (*Arch. ital. di laring.*, juillet 1890).

Deux cas de paralysie motrice du larynx, par A. Damieno (*Gazz. delle cliniche*, n° 8, 1890).

Un cas de croup guéri par la trachéotomie, par Tirinanzi (*Le Sperimentale*, juin 1890).

Sur le vertige laryngé, par A. d'Aguanno (*Arch. ital. di laringol.*, octobre 1890).

La section laryngologique au congrès international de Berlin, par F. Massei (*Arch. ital. di laringol.*, octobre 1890).

Trachéotomie pour syphilis laryngée, par F. Camaggio (*Naples* 1890).

Recherches expérimentales et laryngoscopiques sur le mode d'action des divers stimulants sur les récurrents laryngés, par A. Corbi (*Thèse de Naples*, 1890).

Trachéotomie. Indications et contre-indications, par Testone (*Thèse de Naples*, 1890).

Vertige laryngé, par A. Similari (*Thèse de Naples*, 1890).

La syphilis laryngée et ses formes, par S. Ciarrocca (*Thèse de Naples*, 1890).

Sur un cas de lupus du larynx, par A. Vittoli (*Thèse de Naples*, 1890).

Tuberculose laryngée. Pathogénie et formes, par S. Mucci (*Thèse de Naples*, 1890).

Aphonie spasmodique et paralytique, par Buonfiglio (*Thèse de Naples*, 1890).

Sur la coexistence des lésions syphilitiques et tuberculeuses dans le larynx, par A. Fasano (*Arch. int. di laring., otol. rinol.*, octobre 1890).

Nez.

Sur la nature de l'ozène (Etudes historiques et bactériologiques), par S. Marano (*Arch. ital. di laring.*, janvier 1890).

Bacille du rhinosclérome, par G. Mello (Comptes rendus de l'Acad. royale de méd. et chir. de Naples, t. XLII).

A propos de quelques cas de névroses nasales. Note clinique, par A. Trifiletti (*Arch. ital. di laringol.*, avril 1890).

Les maladies du nez et du pharynx en relation avec les affections de l'oreille, par Bargellini (*Arch. intern. di laring., rinol., otol.*, mars 1890).

Nouvelle méthode de traitement de quelques altérations nasales, par J. Dionisio (*Giorn. della r. accad. di Torino*, nos 4 et 5, 1890).

Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison nasale, par A. Ricci (*Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, juillet et septembre 1890).

Asthme bronchique réflexe du nez, par I. Dionisio (*Il policlinico di Torino*, 8 juillet 1890).

Extraction rapide d'un fibrome naso-pharyngien, par F. Felici (*Arch. ital. di laring.*, juillet 1890).

Traitement de l'asthme par les insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques, par G. Barletta (*Arch. int. di laring., otol. e rinol.*, mai 1890).

Sur la douche d'air nasale, par I. Dionisio (*Il sordomuto*, 15 août 1890).

Un cas de guérison d'anosmie datant de 40 ans, par A. d'Aguanno (*Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, 1er septembre 1890).

De l'emploi de l'aristol en rhinologie, laryngologie et otologie, par T. Pini (*Boll. delle malattie dell' orecchio gola e naso*, 1er novembre 1890).

L'éclairage par transparence de l'antre d'Highmore et des sinus frontaux pour le diagnostic de leurs affections et leur traitement opératoire, par C. Vohsen (*Arch. ital. di laringol.*, octobre 1890).

Les déviations et crêtes de la cloison du nez, par E.-J. Moure (*Arch. ital. di laringol.*, octobre 1890).

Ozène nasal, par Gatta (*Thèse de Naples*, 1890).

Un cas de catarrhe chronique des voies nasales, par V. Grassellini (*Thèse de Naples*, 1890).

Contribution à l'étude des réflexes du nez et usage thérapeutique de la cocaïne, par A. Palombieri (*Gazz. degli ospitali.* 10 août 1890).

Nouvelles recherches sur le streptococcus des membranes muqueuses en relation avec l'étiologie du catarrhe nasal, par A. Pasquale (*Giorn. int. delle sc. med.*, 15 août 1890).

Pharynx et Varia.

Sur une ulcération variqueuse de l'œsophage ayant déterminé la mort par hémorragie, par E. Sanquirico (*Riforma med.*, 22 janvier 1890).

De l'utilité des applications galvanocaustiques dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie des amygdales, par V. Grazzi (*Arch. ital. di laringol.*, janvier 1890).

Valeur de la solution hydro-alcoolique de sublimé corrosif dans l'érysipèle et la diphtérie du pharynx, par I. Fiaccarini (*Gazz. degli ospitali*, 29 janvier 1890).

Un cas de crampe idiopathique de la langue, par S. Personali (*Giornale della r. accad. di med. di Torino*, mars 1890).

Relation d'une épidémie d'angine diphtéritique, par G. Carotti (*Gazz. degli ospitali*, 7 mai 1890).

Les inhalations d'iodoforme dans la coqueluche, par Capretti (*Brescia*, 1890).

La fossette pharyngienne dans l'os occipital de l'homme, par G. Romiti (Tip. T. Nistri, Pise; in *Morgagni*, 21 juin 1890).

De la greffe du corps thyroïde de l'animal à l'homme. Note sur la thyroïdectomie expérimentale, par G. Zuccaro (*Progresso med.*, 20 juin 1890).

Hygiène publique et privée dans la diphtérie (diphtérie pharyngée, laryngée, etc.) basée sur les plus récentes recherches statistiques et bactériologiques, par V. Cozzolino (Typ. de Angelis, *Naples*, 1890).

Guide pratique de diagnostic et de traitement des maladies de la langue, par G. Ferreri (*Milan* 1890).

Sur la pathogénie et le traitement de l'amygdalite diphtéritique, folliculaire et phlegmoneuse, par Pietruzzella (*Thèse de Naples*, 1890).

Pharyngite granuleuse, par P. Pansini (*Thèse de Naples*, 1890).

Etiologie de la diphtérie, par G. de Luca (*Thèse de Naples* 1890).

Œsophagisme, par M. Milleti (*Thèse de Naples*, 1890).

Thérapeutique de la diphtérie, par G.-B. Colpi (*Terapia moderna*, octobre 1890).

Les injections hypodermiques de sublimé dans la diphtérie et dans la scarlatine, par G. Jacontini (*Morgagni*, novembre 1890).

ESPAGNE.

Oreille.

Action thérapeutique de la suggestion sur les lésions anatomiques et en particulier sur les lésions de l'ouïe, par Abdon Sanchez Herrero (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, novembre 1889).

La grippe et ses complications auriculaires, par L. Suñe y Molist (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, janvier 1890).

Les otopathies de la grippe, par P. Verdos (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, février 1890).

Otite externe hémorrhagique bulleuse, par F. Rohrer (*Archivios int. de laring., otol. y rinol.*, n° 1, 1890).

Otite moyenne aiguë suppurée comme complication de la grippe, par R. Botey (*Rev. de ciencias med. de Barcelone*, 10 février 1890).

L'état vertigineux et les bouchons de cérumen, par R. Botey (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 2, 1890).

L'aristol. Un nouvel antiseptique, par F. Rohrer (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 2, 1890).

Un cas d'emphysème généralisé déterminé par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par P. Verdos (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, avril 1890).

Réflexes du tympan, par L. Suñe y Molist (*Rev. de laring., otol y rinol.*, mai 1890).

L'influenza et l'otite moyenne, par A. Eitelberg (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 3, 1890).

Contribution à l'étude des névrites du nerf acoustique dans la méningite, par G. Gradenigo (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 3, 1890).

Chancre syphilitique de la trompe d'Eustache, par B.-T. Solari (*Anales del circulo med. Argentino*, juillet 1890).

Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, par G.-M. Landa (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 septembre 1890).

Expériences d'avulsion de l'étrier chez les animaux, par R. Botey (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 5, 1890).

Hygiène de l'oreille, par C. Gonzales Alvares (M. Romero, éditeur, *Madrid* 1890).

Sangsue dans le conduit auditif droit, par F. Magro Alfonso (*Rév. de laring., otol. y rinol.*, septembre 1890).

Essais d'otoscopie intratympanique, par R. Botey (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 6, 1890).

Sur la chirurgie opératoire de l'os temporal, par L. Suñe (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, novembre 1890).

Larynx et Trachée.

Contribution à l'étude des paralysies laryngées des récurrents. Etude critique et clinique, par C.-M. Desvernine (Congrès méd. de la Havane, séance du 20 janvier; in *Rev. de ciencias med.*, 20 février 1890).

A propos d'un cas de dysphonie, par A. Bassols Prim (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, mars 1890).

Dilatateur bivalve permanent de la trachée, par F. Egidi (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, mars 1890).

Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche, par R. Botey (*Archivos intern. de laring., otol y rinol.*, n° 1, 1890).

Fracture laryngo-trachéale, par L. Montané (*El Progresso medico de la Habana*, avril 1890).

Fracture laryngo-trachéale. Fusion des cordes vocales. Glotte supplémentaire, par C.-M. Desvernine (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 mars et 5 avril 1890).

Quand doit-on pratiquer la trachéotomie dans le croup ? par C. Compaired (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, avril 1890).

Papillome corné du larynx. Laryngotomie. Guérison, par J. Cisneros (*Rev. clin. de los hosp.*, mai 1890).

La trachéotomie dans la laryngite diphtéritique, par F. Mendez (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 mai 1890).

Epithélioma lobulé du larynx. Extirpation du larynx, par J. Cisneros (*Rev. clin. de los hosp.*, juillet 1890).

Manifestations laryngées et pharyngées de l'influenza, par P. Koch (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1890).

Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments, par R. Botey (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 4, 1890).

Laryngite catarrhale chronique compliquée d'œdème et d'hypertrophie de la muqueuse sous-glottique. Asphyxie imminente. Guérison par la trachéotomie, par E. Uruñuela (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 4, 1890).

Syphilis tertiaire du larynx et de la trachée, par R. de la Sota y Lastra (*Rev. de laring., otal. y rinol.*, octobre 1890).

Intubation du larynx dans la diphtérie, par R. de la Sota y Lastra (*El Siglo med.*, 12 octobre 1890).

Valeur comparée de la trachéotomie et de l'intubation dans les sténoses laryngées, par F. Egidi (*Arch. int. de laring., otol. rinol.*, n° 6, 1890).

De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, par A. Gouguenheim et J. Glover (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, novembre 1890).

Nez.

Une complication rare des végétations adénoïdes, par F. Felici (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1889).

Des papillomes des fosses nasales, par E.-J. Moure (*Archivos de laring., otol. y rinol.*, n° 1 1890).

Un nouveau serre-nœud pour les polypes naso-pharyngiens et l'hypertrophie polypoïde de l'extrémité postérieure des cornets, par L. Réthi (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 1, 1890).

Du lupus primitif des fosses nasales, par E.-J. Moure (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 3, 1890).

Sur le diagnostic différentiel des ulcérations du nez, par Hajek (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 3, 1890).

Maladies des sinus du nez, par V. Cozzolino (*Arch. int. de laring. otol. y rinol.*, n° 3, 1890).

Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale. Nouvelles observations, par J. Roquer y Casadesus (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet et août 1890).

Tumeurs des sinus frontaux, par V. Cozzolino (*Arch. int. de laringol., otol. y rinol.*, n° 4, 1890).

Ulcère perforant du septum nasal, par Hajek (*Arch. int. de laring. otol. rinol.*, n° 4, 1890).

Abcès rétro-pharyngiens, par F. Gomez de la Mata (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 4, 1890).

Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par P. Casanova (*Rev. de especialides med. Quir.*, août 1890).

Des abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale consistante et définitive, par A. Gouguenheim (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, septembre 1890).

Empyéme du sinus maxillaire droit. Trépanation du sinus, guérison, par F. Perez (*Anales del circulo med. Argentino*, septembre 1890).

Pharynx et Varia.

Caractères spéciaux du bacille de Klebs. Effets du topique de Gaucher, par A. Neyra (*Rev. de ciencias med.*, 20 décembre 1889).

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'acide fluorhydrique, par D.-B. Hernandez Briz (*Rev. clin. de los hospitales*, février 1890).

Considérations sur la diphtérie et le croup, par Torralbas (Congrès méd. de la Havane, 20 janvier; in *Progresso medico de la Habana*, avril 1890).

Un cas de sténose spasmodique de l'œsophage et du cardia, par E. Moreno y Zancudo (*Rev. clin. de los hospitales*, mars 1890).

De l'exophtalmie dans ses rapports avec les paralysies bulbaires, par J. Garel (*Arch. int. de laring., otol. y rinol.*, n° 2, 1890).

Traitement de la diphtérie, par J. Duran (*Rev. de ciencias med. de Barcelona*, n°s 4 et 6, 1890).

Angiome de la langue. Extirpation, guérison, par L.-C. Maglioni (*Anales del circulo med. Argentino*, avril 1890).

Traitement de la diphtérie, par M. Herrera (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 avril et 20 août 1890).

Traitement de l'angine diphtéritique, par M. Moreno de la Torre (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 mai 1890).

Thérapeutique pathogénique de la diphtérie, par E.-F. Rodriguez (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 juin 1890).

Considérations sur les manifestations pharyngo-laryngées de la syphilis tertiaire, par J. Roquer y Casadesus (*Rev. de laring., otol. y rinol.*, juin 1890).

Angine diphtéritique prolongée, par J.-B. Fuentes (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 juillet 1890).

Traitement de la diphtérie et en particulier de l'angine diphtéritique, par A.-W. Reyes (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 28 septembre 1890).

Cautérisation des amygdales avec le galvanocautère. Hémorragie, par T. Hernandez (*El Progresso med. de la Habana*, octobre 1890).

Sur le dépôt noir de la langue, par E. Pergens (*Arch. int. de otol., laring. y rinol.*, n° 6, 1890).

ERRATA

Dans le numéro de janvier, analyse du traité d'Urbantschich,

p. 30, 3e alinéa, 3e ligne, lire : *auriculaire*, au lieu de musculaire ;

p. 52, l'avant-dernière ligne, lire : *cerumineuses*, au lieu de cumunélisées ;

p. 53, 2e alinéa, lire : *supplémentaire*, au lieu de recoursante.

ARIA

JUBILÉ DU PROFESSEUR LUCAE.

Par un curieux hasard, la journée du 4 août 1890, date de l'ouverture du Congrès international et de sa section otologique, est, en même temps, le vingt-cinquième anniversaire du jour où le professeur Lucae, président de cette section, s'était établi comme privat docent d'otologie à l'Université de Berlin. Aussi, dans sa séance d'ouverture, l'assemblée lui fit une ovation sur

la proposition du professeur Gruber. On décida de plus de lui offrir, en souvenir de cette journée, un album contenant les portraits de tous les membres de la section. Le privat docent Jacobson, qui avait été l'assistant de M. Lucae pendant de longues années, fut chargé de mettre ce projet à exécution.

Le 4 janvier 1891 cet album a été remis à M. Lucae. A la place de M. Jacobson empêché par un deuil récent, les Drs Dennert et Jansen, l'un le plus ancien, l'autre le dernier assistant du maître, accompagnés de M. Krakauer, secrétaire de la section, se rendirent chez M. Lucae et lui offrirent l'album, chef-d'œuvre artistique, qui renfermait les portraits de presque tous les membres de la section.

M. Dennert dépeignit éloquemment la vénération des donateurs pour le professeur et pour ses travaux otologiques. En terminant, il exprima le souhait de voir M. Lucae célébrer son cinquantenaire en parfaite santé comme actuellement.

Dans sa réponse, M. Lucae commença par exprimer toute sa reconnaissance. Il était, en effet, hasardeux, ajouta-t-il, il y a 25 ans de se vouer à l'otologie, car on risquait de passer pour un charlatan non seulement aux yeux du public, mais même dans l'esprit des confrères. Un seul homme l'encourageait alors, mais cet homme n'était autre que Rodolphe Virchow ! D'ailleurs, si l'otologie occupe actuellement une place analogue à celle des autres branches de la médecine, elle n'en offre pas moins bien des problèmes à résoudre, et tant qu'il vivra, le professeur continuera à essayer dans la mesure de ses forces de faire progresser la spécialité !

Un grand déjeuner retint longtemps la députation au sein de l'aimable famille de M. Lucae. KRAKAUER (de Berlin).

NOUVELLES

Nous avons le plaisir de lire dans le *New-York medical Journal* que notre distingué collaborateur, le Dr B.-A. Randall, de Philadelphie, vient d'être nommé professeur de clinique otologique à l'Université de Pensylvanie, en remplacement du Dr G. Strawbridge qui a résigné ses fonctions pour raisons de santé.

M. le Dr Madeuf, licencié ès sciences, nous prie d'annoncer qu'il fait à sa clinique, rue de l'Arbre-Sec, 46, des leçons pratiques de laryngologie aux étudiants en médecine qui voudront bien s'inscrire.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Einige vorlaüfige Bernerkungen über die Behandlung der kehlkopf tuberculose nach dem Koch'schen Verfahren (Quelques remarques sur le traitement de la tuberculose laryngée, par la méthode de Koch, par W. Lublinski (Tirage à part de la *Deut. méd. Woch.*, n° 48, 1890).

Weitere Erfahrungen uber die Behandlung der kehlkoftuberculose nach Koch (Nouvelles communications sur le traitement de la tuberculose d'après Koch, par W. Lublinski (Tirage à part de *Therap. Monats.*, janvier 1891).

The treatment of inflammations of the mastoid, with an analysis of eighty operations (Le traitement des inflammations de la mastoïde avec analyse de 80 opérations, par J. Orne Green (Extrait de *The Amer. Journ. of med. sciences*, décembre 1890).

Amygdalotomie et hémorragie, par E. J. Moure (Extrait de la *Revue de laryng., otol. et rhinol.*, décembre 1890).

Des végétations adénoïdes chez l'adulte, par H. Cuvillier (G. Steinheil, éditeur, Paris, 1891).

Versuche über die Erreichbarkeit der Halswirbel von der Mundhöhle aus (Recherches sur la possibilité d'atteindre la vertèbre cervicale par la cavité buccale, par C. Demme (Librairie G. Schade, Berlin, 1891).

Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von otitis media (Contribution à l'histoire du traitement opératoire de la thrombose des sinus consécutive à une otite moyenne, par E. Zaufal (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, n° 3, 1891).

Ueber die Anwendung de Koch'schen Mittels bei Tuberculose (Sur l'emploi de la méthode de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 52, 1890).

Koch's remedy in relation specially to throat consumption (Le remède de Koch, surtout dans la tuberculose de la gorge, par Lennox Browne (Un volume de 114 pages renfermant 31 obser-

vations et 50 dessins originaux et diagrammes, Baillière, Tindall and Cox, éditeurs, Londres, 1891).

Le Congrès de Berlin, pår A. TREILLE (Extrait de la *Gaz. méd. de Nantes*, 12 septembre, 12 octobre, 12 novembre et 12 décembre 1890)

Ueber Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung ohne Präliminar-operation (Sur les polypes naso-pharyngiens et leur traitement sans opération préliminaire, par M. MIGGE (Dissertation inaugurale, *Kœnigsberg*, 1891).

Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-epidemie (Quelques notes sur les affections de l'oreille pendant la dernière épidémie d'influenza, par S. SZENES (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, *etc.*, n° 11, 1890).

Ueber den therapeutischen Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel (Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux remèdes introduits dans la pratique otologique, par S. SZENES (Tirage à part de *Therap. Monatshefte*, nos 10, 11 et 12, 1890).

Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire. Cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache après insufflation d'air, par BAYER (Extrait de la *Presse méd. belge*, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 54.2.91.

Mars 1891. — N° 3.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES CORPS ÉTRANGERS DE LA CAVITÉ DU TYMPAN. IMPORTANCE DE L'EXAMEN OPHTHALMOSCOPIQUE (1).

Par le Dr E. ZAUFAL, professeur à l'Université allemande de Prague.

Comme on sait, des corps étrangers venant du conduit auditif externe échouent dans la cavité du tympan, le plus souvent à la suite de tentatives d'extraction forcée restées sans résultat.

Les opinions des otologistes sont partagées au sujet de savoir quand l'on doit se décider à pratiquer une opération pour l'extraction du corps étranger, au cas où il ne pourrait plus être extrait par le conduit auditif externe par des moyens simples : injections, curette, leviers en forme de pelle, etc.

Quelques-uns conseillent d'attendre pour l'opération (décollement du pavillon de l'oreille, enlèvement avec le ciseau de la paroi postérieure du conduit auditif) jusqu'à ce qu'apparaissent des symptômes mettant la vie en danger; d'autres sont contre une telle attente et sont d'avis, au cas où les moyens simples n'aboutissent pas, d'arriver aussitôt à l'opération.

Je crois qu'il faut en tout cas régler sa conduite sur la nature des cas qui sont variables et ne peuvent être traités suivant les mêmes principes généraux.

(1) Communication à la Société des médecins allemands de Prague le 29 novembre 1889. Compte rendu de la séance dans la *Prager med. Wochenschrift*, n° 50, 1889.

S'il y a des symptômes dangereux, tels que la dureté prononcée de l'ouïe ou une surdité totale à la suite de la destruction de la lame osseuse stapédiale par le corps étranger ou par les manœuvres qu'exige son extraction (Bezold), il faut opérer de suite, de même que lorsqu'on s'est assuré que le corps étranger par sa nature, par exemple par sa taille, sa forme, comme de petits cailloux, des noyaux de cerises, des perles de verre, ne peut plus être extrait par le conduit auditif externe. On devra aussi opérer immédiatement quand on ne peut compter obtenir, en attendant, une situation meilleure, la disparition lente par le conduit auditif externe; pourtant le malade ne peut être sous la surveillance constante du médecin.

Toutefois, il n'y a pas d'inopportunité à attendre quand on peut espérer par là rendre plus favorables les conditions mécaniques pour l'extraction pratiquée avec ménagement par le conduit auditif externe, mais alors le malade doit être constamment surveillé par le médecin et les températures doivent être prises chaque jour. Il faut aussi fréquemment pratiquer l'*examen ophthalmoscopique*.

L'élévation de la température au-dessus de la normale, lorsque l'on n'en pourra trouver une autre cause, commande des précautions, de même qu'un changement de l'image ophthalmoscopique. Du reste, dans l'otite moyenne, j'attache une grande importance en cas de corps étrangers de la cavité du tympan, à l'examen ophthalmoscopique.

Après de longues années d'expérience, je me laisse guider par les raisons suivantes : si l'apparition de la névro-rétinite ou la tuméfaction du nerf optique se manifestent déjà clairement dès l'observation du cas à son début, il ne faudra pas hésiter longtemps à pratiquer l'opération (trépanation de l'apophyse mastoïde, extraction du corps étranger après le décollement du pavillon). S'il y a encore à craindre d'autres complications, on devra pratiquer aussi l'ouverture des sinus ou d'un abcès cérébral.

Si le fond de l'œil au début de l'observation du malade était normal (otite, corps étranger), on constaterait plus tard par des examens souvent répétés de cette partie des mani-

festations hypérémiques, et plus tard une augmentation de ces manifestations hypérémiques ou d'autres symptômes d'une névro-rétinite commençante, sans qu'on puisse trouver pour son explication une autre cause que la suppuration de l'oreille, on devra aussi en ce cas ne pas attendre, pour opérer, le développement complet de la névro-rétinite ou la tuméfaction du nerf optique.

Une hyperhémie veineuse progressive du fond de l'œil et une élévation simultanée de la température au-dessus de la normale, même de 1°, exigent l'extraction immédiate du corps étranger. Voici un cas à l'appui de ce que je viens de dire :

Le 3 février 1888, on amena à ma clinique un enfant de 5 ans. Il s'était introduit dans l'oreille un bouton de manchette en métal qui, à la suite de tentatives d'extraction, était en partie enfoncé dans la membrane du tympan, mais il était encore engagé dans le sinus du conduit auditif externe. Je trouvai un peu de sécrétion purulente, un bruit de perforation par le procédé de Politzer et la capacité auditive notablement diminuée. On avait souvent fait des tentatives d'extraction avec ménagement, avec le serre-nœud, mais sans succès.

A l'entrée, le professeur Sattler constata que le fond de l'œil était parfaitement normal. Température normale.

Le 19, le professeur Sattler trouva une hyperhémie veineuse et une légère adhérence des bords des papilles. Le 22, l'hyperhémie et l'adhérence des bords des papilles avaient pris fin. Température : 37°,9 C.

Ce jour-là, je pus, après anesthésie, extraire facilement le corps étranger avec mon levier en forme de pelle. C'était un petit bouton de chemise en métal, formé d'une tête arrondie avec une tige d'environ 1 centimètre de long. La tige aurait pénétré dans la membrane du tympan, la tête était à la surface extérieure de la membrane tympanique dans le sinus du conduit auditif externe.

Le 24, à l'examen ophthalmoscopique, point de tuméfaction du nerf optique, bords des papilles nettement limités.

Le 26, des deux côtés, état normal; les veines présentent encore une courbe minime, comme à l'état normal.

Voici les indications par lesquelles je me laisse guider pour l'extraction sanglante des corps étrangers. Je ne veux

pas décrire ici les différentes méthodes par lesquelles on réussit à extraire les corps étrangers engagés dans la cavité tympanique par le conduit auditif externe. Je ne veux parler que des enclavements consécutifs aux tentatives d'extraction, après l'abandon de ces tentatives. Dans ces méthodes on procède :

1° Au décollement du pavillon de l'oreille;

2° Au décollement du pavillon de l'oreille, avec enlèvement de l'enveloppe membraneuse de la paroi postérieure du conduit osseux;

3° Au décollement avec le ciseau de la paroi postérieure du conduit osseux avec ouverture éventuelle de l'antre mastoïdien et ablation des parties épitympaniques de la paroi supérieur du conduit osseux.

Le décollement du pavillon de l'oreille, déjà recommandé par Paul d'Egine, conduira au but dans la plupart des cas, suivant la proposition de de Trœltsch, surtout chez les enfants, chez lesquels la paroi supérieure du conduit auditif osseux n'est pas aussi formé, c'est-à-dire aussi long. Dans ce cas, on peut ainsi réussir avec une curette ou avec un levier en forme de pelle, ou avec une aiguille à anévrisme courbe, à atteindre par derrière le corps étranger et à l'attirer au dehors, comme Schwartze, Moldenhauer et d'autres l'ont fait.

Ce procédé ne réussira pas toujours chez des enfants plus âgés. Chez ces derniers, on devra, dans la plupart des cas, pratiquer le décollement du pavillon de l'oreille et l'extirpation de la partie membraneuse de la paroi postérieure du conduit auditif osseux, extirpation qu'il faut faire en prenant la précaution de ne pas trop endommager la paroi postérieure membraneuse tuméfiée du conduit auditif osseux, de manière à ce qu'on puisse mieux inspecter la profondeur de la cavité tympanique et que le corps étranger au moment de son passage à travers le conduit auditif osseux ait plus d'espace. Les instruments en forme de levier peuvent être employés avec avantage, puisque le conduit auditif est raccourci dans sa partie cartilagineuse.

J'opère de la manière suivante : je taille d'abord un lam-

beau triangulaire par une incision allant juisqu'au périoste, et partant de la pointe de l'apophyse mastoïde pour se diriger en avant jusqu'à la moitié de la racine de cette apophyse. Une seconde incision horizontale commence dans le prolongement de la ligne du tragus, à 1 centimètre au-dessus de l'apophyse supérieure du pavillon de l'oreille, et se termine dans la première incision. L'incision horizontale ne comprend que la peau, que l'on sépare de l'aponévrose du temporal jusqu'au niveau du processus zygomatique, où l'incision comprend alors le périoste. Détachement du lambeau triangulaire et de la paroi postérieure membraneuse du conduit auriculaire externe : on a soin d'obtenir une hémostase parfaite.

En rasant immédiatement le bord du conduit auditif osseux, on coupera entièrement avec un bistouri, perpendiculairement à l'axe du conduit auditif, la demi-circonférence postérieure de la peau ; on peut aussi inciser de la même façon la partie antérieure, de façon à pouvoir attirer encore plus facilement le lobe de l'oreille en avant. Le revêtement cutané de la paroi supérieure et postérieure du conduit auditif osseux sera séparé et détaché au moyen du bistouri pointu du bord de la membrane tympanique par une incision dirigée vers l'extérieur, ou sectionné avec les ciseaux.

Si on a obtenu l'hémostase, c'est là règle de bien voir le corps étranger et de pouvoir le retirer avec des instruments appropriés.

J'emploie aussi cette séparation du pavillon dans les trépanations ; elle permet de mieux voir dans la profondeur. Si on ne pratique l'incison horizontale qu'à travers la peau, mais à un centimètre au-dessus de l'extrémité supérieure du pavillon de l'oreille qu'on isolo, le lambeau cutané depuis l'aponévrose du temporal jusqu'au processus zygomatique, au niveau duquel est faite l'incision intéresse le périoste, l'hémorrhagie est moindre, parce que l'on a rencontré moins de gros vaisseaux. Par l'écartement des lèvres de la plaie en avant ou en arrière et leur excision au besoin, on peut de la façon la plus commode dégager les parties osseuses pour l'ouverture des abcès cérébraux dans le lobe temporal, soit

encore pour mettre à nu le sinus sigmoïde, pour les abcès du cervelet. Les deux lèvres de la plaie seront réunies au moyen de sutures.

Il n'y a pas à craindre de rétrécissement d'origine cicatricielle, ni l'atrésie du conduit auditif osseux, surtout si la portion membraneuse des parois antérieure, antéro-supérieure et antéro-inférieure du conduit auditif est conservée. L'os dénudé de la paroi postérieure du conduit auditif se recouvre de bourgeons charnus, et il se forme sur lui une membrane cicatricielle lissé.

Kessel (1) recommande aussi l'incision de la paroi membraneuse du conduit auditif.

Chez des enfants plus âgés et chez l'adulte, on ne pratiquera pas dans tous les cas l'extirpation simultanée de la paroi membraneuse postérieure du conduit auditif; mais l'espace sera suffisant quand, comme depuis longtemps d'autres l'ont proposé, on aura enlevé avec le ciseau un morceau en forme de coin de la paroi postérieure du conduit auditif osseux. La base du coin est à l'extérieur, le fragment osseux partant de la périphérie postérieure de la membrane du tympan. Le nerf facial ne sera pas lésé.

Si le corps étranger est sur le plancher de la cavité tympanique ou dans l'ostium tympanicum de la trompe, on le verra bien, et on pourra l'attirer au dehors.

Mais si le corps étranger est dans l'antre mastoïdien ou dans l'encadrement de l'abouchement de l'antre, enfoncé en coin dans la cavité tympanique, il faudra aussi ouvrir l'antre, et dans ce cas enlever avec le ciseau la partie épitympanique de la paroi supérieure osseuse du conduit auditif, et extraire l'enclume.

Des troubles très appréciables suivent dans ces cas les tentatives d'extraction dans la membrane du tympan et dans la cavité tympanique (fracture ou dislocation des osselets de l'ouïe, etc); aussi comprend-on la nécessité où l'on peut se trouver d'ouvrir largement la cavité tympanique

(1) Kessel : Uber die Fremdkorper im Ohre (*Correspondenzblætter des allgemeinen Arztlichen Vereins von Thuringen*, 1890. Separatabdruck.

pour en éloigner non seulement les corps étrangers, mais aussi les osselets de l'ouïe luxés, les esquilles osseuses détachées, etc., et bien désinfecter toute la cavité.

S'il existe des symptômes d'abcès cérébral, il faut ouvrir les sinus thrombosés.

Je pense qu'actuellement, que la technique opératoire chirurgicale et l'antisepsie sont arrivées à un haut degré de perfection, nous devons, même dans les cas douteux de corps étrangers de la cavité du tympan, faire l'usage le plus étendu de cette technique. Pour cette raison, il ne devait pas être sans utilité de s'expliquer clairement afin de savoir jusqu'à quel point nous pouvons opérer.

Dans le cas que j'ai opéré, il suffit du décollement du pavillon de l'oreille et de l'extirpation de la partie membraneuse de la paroi postérieure osseuse du conduit auditif. Voici l'observation détaillée de ce cas :

J. W..., petit garçon de cinq ans, fut amené à ma clinique le 20 octobre 1889. Quatre jours auparavant, pendant son sommeil, un de ses camarades lui avait enfoncé une petite pierre dans l'oreille gauche. Un médecin de campagne tenta inutilement d'extraire le corps étranger; depuis ce moment, il s'écoule du pus de l'oreille.

Nous trouvâmes une excoriation du lobule de l'oreille; la peau du conduit auditif externe était exulcérée et tellement tuméfiée qu'il ne restait qu'une petite fente par laquelle il n'était pas possible de jeter un coup d'œil dans la profondeur. Il s'écoule une masse de pus du fond. Avec la sonde on sent au fond un corps âpre, dur, immobile. Température 36°,9; 37°,2. Examen ophthalmoscopique normal.

On introduit des tampons d'ouate imbibés de glycérine pour dilater le conduit auditif.

Le 22, le conduit auditif est un peu plus ouvert, mais on ne peut reconnaître les détails au fond. On fait des injections au moyen d'un tube, ce qui amène la sortie de beaucoup de pus, mais pas de corps étrangers. Les glandes lymphatiques de l'apophyse mastoïde et du côté du cou sont légèrement tuméfiées, leur gonflement augmente toujours, jusqu'à avoir la grosseur d'une noisette; mais elles ne sont pas douloureuses. On cherche souvent à s'assurer de la présence du corps étranger, dont on

sent avec la sonde la surface sensible, âpre et dure au fond de la cavité tympanique, tandis que des recherches parallèles sur des préparations nous apprennent à ne pas en séparer la membrane du promontoire mis à nu. J'attache à une extrémité de l'otoscope une sonde pour essayer en même temps la sensibilité et l'audition, mais, par ce moyen, je n'obtiens pas un tintement, mais un sou plus sourd. Comme les tentatives pour extraire le corps étranger supposé, situé dans la profondeur par des injections forcées, des mouvements de leviers, etc., restèrent sans succès, je ne pouvais encore me décider à l'opération, n'étant pas absolument certain de la présence du corps étranger. Ce n'est que lorsqu'une masse de granulations apparurent dans la cavité tympanique que je ne doutai plus de sa présence. La température oscilla dans l'intervalle entre 36°,7 et 37°,5. L'examen ophtalmoscopique resta normal.

L'examen bactériologique du pus montra des streptoccus pyogenes et peu de colonies de staphyloccus pyogenes albus.

Le 18 novembre 1889, on opère dans l'anesthésie. On tente encore une fois, avec ménagement, d'extraire le corps étranger par le méat auditif externe, au moyen d'instruments en forme de leviers, mais en vain.

On pratiqua alors 2 centimètres au-dessus de l'apophyse supérieure du pavillon de l'oreille, dans la ligne prolongée vers le bord supérieur du tragus, une section horizontale jusqu'au milieu de la racine de l'apophyse mastoïde et, perpendiculairement à cette coupe, on en fit une autre allant de l'extrémité postérieure de la première à la pointe de l'apophyse mastoïde. On sépare ensuite la peau de l'aponévrose du temporal jusqu'au processus zygomatique; on pratique la section du périoste et on sépare le lambeau triangulaire de périoste et de peau avec le pavillon de l'oreille et le revêtement de la paroi postérieure du conduit auditif osseux des os jusque dans la membrane du tympan. A l'orifice du bord extérieur du conduit auditif osseux, l'insertion de la partie cartilagineuse avec la partie osseuse est divisée par une section verticale sur l'axe du conduit auditif; avec la pointe du bistouri on fait le long de la paroi du conduit auditif, postérieur, supérieur et postérieur inférieur de dedans en dehors, dans la région du bord de la membrane du tympan, deux incisions parallèles, et le lambeau de peau ainsi taillé fut excisé au moyen des pinces et des ciseaux; la peau avait été en grande partie mortifiée intérieurement par les tentatives d'extraction pratiquées. Après l'arrêt de l'hémorrhagie, on put voir la

cavité du tympan remplie de granulations, qui furent enlevées avec la cuiller pointue : l'hémorrhagie fut assez forte. Après l'hémostase on vit le caillou dans la partie postéro-inférieure de la cavité tympanique, et il fut aisé de l'extraire avec la pince de Mathieu. Le caillou était si volumineux et conformé de telle sorte qu'il n'aurait pu être extrait de la façon naturelle par le conduit auditif externe. Application de 8 sutures et drainage de l'angle inférieur de la plaie à la gaze iodoformée.

Je dois encore mentionner que j'extirpai en même temps la glande lymphatique hypertrophiée située sur l'apophyse mastoïde et qu'on put voir dans son tissu une masse de streptocoques.

Au bout de 14 jours, la plaie extérieure guérit.

Il s'écoule de la cavité tympanique une petite quantité de sécrétion muqueuse. La partie inférieure de la membrane du tympan manque.

Le 23 janvier, on extrait une petite granulation de la partie postéro-inférieure de la cavité tympanique.

Il subsiste encore une légère sécrétion.

Je rencontre par hasard le médecin qui a fait les premières tentatives d'extraction, et il me raconte qu'il y a rompu sa curette.

J'étais disposé à croire que la sécrétion, quoique légère, était peut-être causée par la présence de l'esquille de fer.

La membrane muqueuse de la cavité tympanique est mince; on voit très bien au travers de la grande perforation la cavité du tympan, surtout le plancher et la partie postérieure; mais il n'y a rien de remarquable.

Je cherche, au moyen d'un fort courant électro-magnétique que je mets en rapport avec mon levier, en forme de pelle, qui est entièrement en acier, à découvrir l'esquille. Avec l'extrémité en forme de pelle du levier, je tâte toutes les parties accessibles de la cavité du tympan, mais je ne trouvai pas l'esquille.

La sécrétion cesse enfin, et le malade sort avec une perforation encore ouverte.

II

ESSAI D'UNE THÉORIE DES FONCTIONS DES SINUS DE LA FACE, DES CELLULES DE L'ETHMOÏDE ET DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

Par M. le Dr L. COÜETOUX, de Nantes.

L'étude des affections des fosses nasales fait constater des modifications profondes des proportions de la face chez les individus affectés, dépuis l'enfance, d'obstruction plus ou moins complète des fosses nasales. Dans ces cas, ainsi qu'on l'a surtout fait observer à propos des végétations adénoïdes du rhino-pharynx, la voûte du palais se présente en ogive (c'est, à notre avis, le caractère de beaucoup le plus accentué parmi les déformations osseuses), le nez se rétrécit, et non seulement le nez, mais toute la face, d'un os jugal à l'autre.

Si les modifications du côté des parois latérales des fosses nasales étaient en proportion de celles subies par le palais, il semble que leur étroitesse rendrait bientôt insuffisant le passage de l'air, et rendrait inutile l'intervention opératoire ayant pour but de débarrasser l'extrémité postérieure, autrement dit les choanes, de la présence des végétations. Mais les choses ne se passent point de la sorte, et nous constatons une étroitesse aussi marquée de tout l'ensemble de la région faciale supérieure que des fosses nasales, lesquelles devraient être les seules atteintes.

Tandis que les parois latérales prouvent cette résistance relative, comment se fait-il que le palais, actuellement à forme ogivale, ait tant cédé, lui que semblent si bien soutenir les développements alvéolaires en fer à cheval qui l'entourent. Il y a intérêt à étudier le mécanisme qui a pu présider à ces modifications, lesquelles sont simplement qualifiées d'atrophie des fosses nasales par les auteurs.

C'est que, comme il est admis que la fonction fait l'organe, on se contente souvent de dire, lorsqu'un organe s'est déformé, par suite d'évolutions pathologiques qui ont fait cesser ses fonctions : il s'est atrophié. Cette explication suffit, lorsqu'il s'agit d'une glande, dont les produits ne gonflent plus la cavité qui se resserre, ni le conduit qui s'obstrue plus ou moins par simple accolement des parois; d'une jambe, d'un bras dont les muscles, les os, moins irrigués par les vaisseaux que l'action vaso-motrice ne sollicite plus, diminuent par privation d'apport.

Mais lorsque nous voyons les fosses nasales subir des modifications qui changent toute la face, n'est-ce pas étudier la raison d'être des différentes parties que de chercher le mécanisme de leurs évolutions? Et ce que nous appelons raison d'être physiologique d'une partie anatomique, c'est l'utilité que l'étude des fonctions de l'organe nous conduit à attribuer à cette partie en vue de leur accomplissement et aussi de la conservation de l'intégrité anatomique des appareils que peuvent altérer ces fonctions.

L'étude de la respiration nasale nous fera comprendre l'utilité des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires ; l'étude du courant d'air olfactif rendra cette utilité bien plus évidente et nous initiera au rôle des sinus de l'ethmoïde.

Avant d'entrer dans l'exposition de nos recherches, rappelons le rôle que l'on a attribué aux sinus. Béclard veut que le sinus maxillaire accumule les particules odorantes pour affecter pendant un certain temps les nerfs olfactifs. Au reste, ce sinus serait le seul à avoir un rôle dans l'olfaction, les deux autres ne jouissant pas de cette sensibilité spéciale. — Il suffit de répondre avec Moldenhauer qu'on ne peut regarder comme destinée à l'olfaction que la partie de la muqueuse où se ramifie le nerf olfactif, c'est-à-dire celle des cornets supérieurs, de la face supérieure des cornets moyens jusqu'au niveau de leur bord convexe et de la partie de la cloison située vis-à-vis des deux cornets. Et au point de vue physiologique, comment concilier cette faculté du sinus maxillaire, d'accumuler les particules odorantes, avec cette assertion de Moldenhauer, que, d'après ses recherches, la

durée qui sépare deux impressions olfactives différentes correspond aux chiffres trouvés pour les autres organes des sens; elle est donc singulièrement courte. Ainsi, contrairement à Béclard, reconnaissons avec Longet que les sinus ne servent aucunement à l'olfaction, du moins en tant que muqueuse de sensibilité spéciale.

Sappey accepte le rôle prêté par Tillaux aux sinus d'alléger la face, et pour appuyer cette assertion, il compense le développement moindre des sinus chez le nègre à lourde face par le développement plus grand de la partie crânienne occipitale, de sorte que l'équilibre subsiste. On nous permettra tout à l'heure de donner pour le nègre et l'enfant une explication commune du moindre développement des sinus; Sappey néglige de nous donner l'explication de cette particularité chez l'enfant. — Enfin, suivant Braune et Closen, il y aurait, pendant l'inspiration, aspiration de l'air contenu dans les sinus et accélération de la colonne d'air qui traverse les fosses nasales au moment où l'aspiration vient les remplir de nouveau. — Au moins cette explication tient compte de ce fait que les sinus communiquent tous avec les fosses nasales, ce dont ne nous donne aucune raison l'interprétation de Tillaux. Mais nous ne pouvons nous satisfaire de l'aspiration de l'air contenu dans une cavité close et en communication par un bien petit orifice pour modifier l'acte respiratoire, aspiration qui n'existerait précisément pas pendant l'enfance, puisque alors les sinus ne sont pas développés. Et d'ailleurs, quelle en serait l'utilité? de réchauffer l'air aspiré afin qu'il soit moins offensant pour les voies respiratoires? Mais nous répétons que les orifices de communication sont peu développés, et surtout qu'une aspiration n'est effective pour entraîner en quantité notable de l'air contenu dans une cavité que si cette cavité présente au moins deux orifices, et c'est chez l'enfant que les sinus devraient alors être le plus développés, car il est bien plus sensible au froid.

Nous aussi, nous chercherons la raison d'être des sinus dans l'acte respiratoire, mais surtout dans les modifications qu'imprimera à cet acte le développement du sens olfactif. Il faut d'abord étudier cet acte; ensuite nous chercherons la

raison d'être du minime développement des sinus chez l'enfant, de leur moindre développement relatif chez le nègre, pensant que la plus petite modification dans l'articulation atloïdo-axoïdienne rétablissait mieux l'équilibre invoqué ici par Sappey que le rétrécissement de ces cavités; nous verrons enfin que notre théorie s'accorde avec le grand développement de ces cavités chez les animaux à sens olfactif développé, sans que ce développement soit en proportion nécessairement commandé par l'accroissement du sens olfactif.

La respiration doit être étudiée au point de vue du passage de l'air dans les fosses nasales pendant l'expiration et pendant l'inspiration.

L'expiration ne peut que développer les fosses nasales; le passage se fait d'ordinaire avec une facilité relative; et alors que l'inspiration est interrompue, l'expiration se fait souvent encore assez bien. Le développement des fosses nasales est donc ici presque toujours suffisant, et l'acte physiologique tend à maintenir l'écartement des parois.

Si l'expiration ne peut contribuer qu'au développement des fosses nasales, la cessation de cet acte devrait amener un simple rétrécissement de toutes les cavités : fosses et sinus; et nous ne voyons pas pourquoi, dans le cas où le phénomène d'atrophie n'aurait aucune autre cause, pourquoi les deux parois portant les cornets ne se rapprocheraient pas simplement de la cloison, pourquoi, au contraire, elles laisseraient presque toujours un passage suffisant, tandis que le palais serait attiré, deviendrait ogival. Il nous semble que l'atrophie fonctionnelle rapprocherait les parois externes des fosses, développerait les sinus maxillaires d'autant (alors qu'au contraire ils s'atrophient, ce qui contribue à l'aspect particulier de la face) et laisserait en l'état l'os palatin et les apophyses palatines.

L'étude de l'inspiration nous expliquera au contraire l'ogivité imposée au palais, l'atrophie se diffusant sur toute la face, ainsi que le rôle des sinus. Faisons une forte expiration, l'air va passer d'autant plus vite que nous expirerons plus fortement. Inspirons avec force; les deux ailes du nez se rapprochent et peuvent même provoquer l'obstruction

complète de la prise d'air. Alors il se fait une attraction vers la cloison de toutes les cavités nasales, fosses et sinus. C'est que la nature ne s'est pas contentée, pour nous protéger contre les impuretés répandues dans l'atmosphère, de placer des vibrisses à l'entrée des fosses nasales, de diviser la colonne d'air par le cornet inférieur, de sorte que les impuretés s'y attachent : elle nous protège contre un acte violent qui nous empêcherait de sentir les impuretés aspirées ; pour commettre cette violence, il nous faut une préméditation caractérisée par la dilatation des ailes du nez. Une telle modification, un tel arrêt de l'acte inspiratoire est destiné à favoriser l'olfaction qui, de la sorte, s'exerce inconsciemment. L'air, n'ayant plus un passage suffisant pour pénétrer dans les fosses nasales, mais étant toujours aspiré par le vide thoracique, il se fait dans les fosses nasales un vide relatif forçant le voile à se relever ; alors le courant d'air ne passe plus sous le cornet inférieur (nous le reverrons plus loin) et la stagnation du fluide impose aux muqueuses olfactives la perception des particules odorantes.

Si nous voyons avec l'inspiration devenue difficile (végétations du pharynx, etc.) le voile du palais devenir ogival, c'est que la protection qui lui est donnée par le vide barométrique (pression négative de 6 à 7 millimètres de Donders) cesse par l'écartement des mâchoires ; cette pression négative ne vient plus compenser les effets peu puissants, mais sans cesse répétés de l'attraction inspiratrice.

Si au contraire les parois latérales ne cèdent que d'une façon très minime et en entraînant une déformation de toute la face, c'est que leur protection contre la déformation inspiratoire persiste par la présence des sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux qui font que, par exemple, la paroi interne du sinus maxillaire, étant appelée en dedans vers la cloison par le vide inspiratoire des fosses nasales, est en même temps appelée en dehors et éloignée de la cloison par ce même vide qui s'est communiqué au sinus maxillaire. Ainsi tous les sinus montrent l'utilité de leur communication avec les fosses nasales en maintenant les parois nasales dans leur situation normale, résultat obtenu en étendant sur

une grande surface la pression négative de l'inspiration.

Ces considérations ne diminuent en rien l'importance de l'observation de Tillaux. Les sinus de la face se développent chez l'adulte dont le poids de la face augmente pour donner insertion à des dents puissantes. Mais il est bon de se rendre compte de l'utilité de la communication des sinus avec les fosses nasales.—Chez l'enfant, le sinus est moins développé parce que la face présente moins de surface et aussi parce que les ailes du nez épaisses et peu mobiles n'ont pas acquis toute leur adaptation à l'acte olfactif. — Avec la mobilité des ailes du nez est rendue possible cette stagnation des particules odorantes dont presque tous les auteurs semblent réclamer la nécessité, dont Béclard veut trouver le principe dans le sinus maxillaire. De la sorte, l'étude des sensations olfactives rendues plus durables par leur stagnation devient possible, sans s'opposer à la rapidité de la succession des sensations olfactives que Moldenhauer nous dit confirmée par ses expériences et que le simple écartement des ailes du nez nous explique. — C'est même cette durée très courte entre les impressions olfactives qui est la condition réalisée dans l'état ordinaire de la respiration nasale. — Mais avec ces conditions meilleures pour le parfait fonctionnement de l'olfaction est augmentée la puissance condensatrice et déformante de l'acte inspiratoire, d'où nécessité d'un plus grand développement des sinus chez l'adulte.

Il ne faudra pas s'étonner de voir les sinus se développer chez les animaux à sens olfactif très sensible (chien); mais il ne faut pas exiger ici, pour admettre le rôle des sinus, une proportion exacte, le mode du reniflement et des organes qui y président pouvant être soumis à des variétés trop grandes. Ainsi chez le chien, dont la surface des fosses nasales est très étendue, qui chasse la bouche ouverte et la respiration se faisant largement par cet orifice, le reniflement et l'acte respiratoire semblent, dans une dépendance réciproque, bien moindres que chez l'homme, bien qu'évidemment le premier ne puisse s'exercer sans le second. C'est que la respiration buccale n'a ici pour but que de provoquer une évaporation destinée à rafraîchir l'animal (Richet). L'aspiration nasale est

donc ici bien moins déformante que chez l'homme respirant par le nez pendant la marche. D'ailleurs ce qui doit beaucoup augmenter l'action déformante des végétations adénoïdes chez l'homme, c'est la coïncidence de l'ouverture de la cavité buccale avec la respiration nasale, coïncidence due sans doute à ce fait que l'homme ouvre la bouche non pas seulement pour substituer la respiration buccale à la respiration nasale, mais pour attirer en bas le voile du palais accolé à la base de la langue, et augmenter ainsi le passage de l'air entre les végétations en haut, le voile et la base de la langue en bas.

La raison du moindre développement des sinus chez le nègre aux narines largement dilatées découle de l'exposition qui précède. Dans cette race, l'intelligence moins développée ne doit-elle pas son infériorité à l'origine de toute intelligence, aux sens qui chez elle sont moins affinés. Les narines sont dilatées, les sinus sont moins développés : on voit que la théorie se vérifie.

Cellules ethmoïdales. — Si les sinus de la face ne se développent complètement que vers l'âge adulte, nouvelle relation parmi tant d'autres déjà signalées (relations physiologiques et pathologiques) entre l'organe de l'olfaction et le sens génital, les cellules ethmoïdales préexistent. — Elles préexistent, donc elles font partie plus intime de l'appareil respiratoire et olfactif, et le balancement que l'on constate entre leur développement et celui des sinus tient évidemment à ce que les sinus viennent partager leur fonction en l'allégeant.

C'est ici le lieu d'étudier en détail le courant aérien traversant les fosses nasales.

On a depuis longtemps prouvé qu'à l'état ordinaire, au repos, l'air inspiré et expiré passe à travers le méat inférieur, se diffusant vers les régions nasales supérieures par les propriétés mêmes des gaz bien plutôt que par un travail physiologique particulier de l'organe. — Mais on a aussi noté que le reniflement, favorisé par la direction en bas de l'orifice antérieur des fosses nasales, avait pour but de diriger en haut vers le cornet moyen et supérieur les particules odo-

rantes. — L'explication de la direction en haut du courant aérien par la forme de l'ouverture antérieure des narines ne suffit évidemment pas. — Quelle est donc la modification de l'appareil nasal provoquant cette direction, pourquoi, autrement dit, l'air inspiré dans le reniflement se porte-t-il en haut au lieu de suivre le méat inférieur? L'air inspiré rapproche les ailes du nez de la cloison, d'où arrêt du courant, diminution de la pression intra-nasale par manque d'afflux et aspiration du voile en arrière; le voile (ainsi qu'il est facile de le constater sur soi-même pendant le reniflement en portant le doigt sur le voile) devient convexe en haut et se rapproche de la lèvre postérieure de l'orifice des trompes. L'air ne peut que suivre cette gouttière qui le conduit vers la voûte des fosses nasales, au lieu de suivre la gouttière antérieure à la lèvre postérieure des trompes, laquelle le conduirait dans le méat inférieur. Cette gouttière que va suivre l'air inspiré, fait suite à la fossette de Rosenmuller. — L'aspiration ne peut donc porter les particules odorantes qu'en haut, puisque l'air est appelé en haut par l'aspiration suivant la voie indiquée. Ces aspirations saccadées donnent issue à une très faible quantité d'air surchauffé remplissant les cellules ethmoïdales; cet air humide et chaud repousse les particules du méat moyen (par l'ouverture des cellules ethmoïdales antérieures qui a lieu dans le méat moyen) et du méat supérieur (par l'ouverture des cellules postérieures) vers la surface olfactive par excellence, qui est la convexité du cornet moyen. J'emprunte ici leur théorie à MM. Braune et Closen, mais avec M. Moure, ce n'est plus au courant respiratoire que je l'applique, c'est au courant olfactif; car l'air aspiré de ces cavités en cul-de-sac ne peut avoir quelque action que sur une partie minime de particules olfactives aspirées, et maintenues là par l'arrêt de l'aspiration dû à l'intermittence du reniflement, intermittence favorisée par l'accolement des ailes à la cloison et du voile à la paroi postérieure du pharynx.

Tel me paraît le rôle important des cellules ethmoïdales chez l'adulte, car chez l'enfant elles doivent de plus, comme elles le font encore secondairement chez l'adulte, jouer le rôle des

sinus, c'est-à-dire diffuser les effets déformateurs de l'aspiration. Seulement elles deviennent facilement insuffisantes à remplir ce rôle, vu leur développement relativement considérable, il est vrai, à ce qu'elles seront plus tard, mais très minime comparé à l'ensemble des cavités qui viendront collaborer à leur action modératrice. Aussi la déformation des organes de l'olfaction sera-t-elle bien plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte, si une affection précoce (végétations adénoïdes ou coryza chronique, par exemple) vient la provoquer. A propos des cellules mastoïdiennes, nous verrons qu'une cause en tout comparable active les conséquences des affections du pharynx sur l'organe auditif de l'enfant.

Résumé. — Si nous résumons l'essai qui vient d'être fait d'une théorie de l'ethmoïde et des sinus, nous trouvons que l'ethmoïde est primitivement un organe respiratoire et olfactif, que les sinus partagent et plus tard amoindrissent son rôle. L'olfaction nous paraîtra devoir son mécanisme aux ailes du nez et au voile du palais, et nous ne serons pas surpris de voir l'aile du nez, que les physionomistes considèrent comme l'indice des passions, mériter amplement la signification qui lui est attribuée par eux. Il y aura quelque intérêt à voir l'organe nasal respirateur devenir par la respiration simplement modifiée un organe olfactif; à voir le courant d'air changer son itinéraire et se diriger de lui-même si j'ose dire et par sa propre action (resserrement des ailes du nez et convexité du voile) vers les espaces supérieurs du nez, là où il doit provoquer l'olfaction. Et si notre théorie ne peut satisfaire le lecteur, il nous pardonnera au moins d'avoir cherché à rattacher aux fonctions de l'organe dans lequel ils s'ouvrent, le rôle des sinus et des cellules, sans avoir infirmé l'utilité que leur prête Tillaux d'alléger la face, et d'avoir rapproché fonctionnellement des organes comme l'ethmoïde et les sinus ayant tant de rapports dans leurs connexions, et donné un motif de la succession de leur développement anatomique et du balancement constaté entre leurs proportions réciproques.

L'ethmoïde contribue à la formation des fosses nasales;

de plus, il les préserve des effets déformateurs de l'aspiration en les diffusant ; l'air humide et surchauffé qu'il contient repousse les particules odorantes pendant le reniflement vers la convexité du cornet moyen ; les sinus se développant avec le sens olfactif, partagent avec l'ethmoïde ses fonctions de diffusion des effets déformateurs de la pression négative due à l'aspiration olfactive.

A l'âge adulte, les sinus laissent à l'ethmoïde le premier rôle en tant qu'appendice de l'olfaction, mais le remplacent en majeure partie au point de vue de l'action modératrice des effets déformateurs de l'aspiration.

Le rôle de ces divers organes ressort de la formule des transformations subies par la face en totalité d'une part et le voile du palais d'autre part, lors de l'évolution pathologique des lésions dues aux obstacles mis à l'inspiration soit du côté du nez, soit du côté du pharynx. — Au point de vue de la déformation du palais, les précédentes conclusions doivent faire redouter autant et plus chez l'enfant l'habitude de tenir la bouche ouverte lorsque la respiration est nasale et que l'aspiration exerce son action condensatrice, que lorsque la respiration est buccale.

Le présent travail fera ressortir l'utilité au point de vue de l'aspiration olfactive du bourrelet prenant naissance en bas en se confondant avec la lèvre postérieure de l'orifice des trompes, bourrelet interrompant en arrière la concavité des méats moyen et supérieur. Il montrera le courant olfactif aspirant l'air des narines vers la voûte grâce au mécanisme du voile et du susdit bourrelet.

Cellules mastoïdiennes. — La théorie qui vient d'être exposée paraîtra un simple jeu d'esprit si elle ne s'applique pas au développement des cellules mastoïdiennes, qui se rapproche, comme on sait, de celui des sinus de la face. Il serait curieux de trouver un rapport entre l'olfaction et les cellules mastoïdiennes, surtout si l'étude de cette évolution nous donnait la clef des modifications de la pathologie de la caisse tympanique chez l'enfant et chez l'adulte.

Le jeune enfant présente une grande largeur des trompes

d'Eustache et une absence presque complète des cellules mastoïdiennes (il ne possède que les cellules dites prémastoïdiennes). Chez lui, les ailes du nez ont peu de mobilité, le sens olfactif, comme tous les autres sens, se modifie relativement peu par l'influence cérébrale ; l'enfant sent, il ne flaire pas. C'est-à-dire que le courant d'air ne se modifie pas par le rapprochement des ailes du nez et le relèvement du voile en arrière. S'il en était autrement, l'aspiration olfactive agirait très puissamment sur la membrane tympanique derrière laquelle elle ferait le vide ; on sait en effet combien le politzer et le valsalva sont faciles chez l'enfant.

Avec l'âge, les trompes diminuent de calibre, et les cellules mastoïdiennes se développent. Si les cellules mastoïdiennes ne se développaient pas, l'introduction de l'air venant du rhino-pharynx se ferait plus difficilement et en moindre quantité par un conduit plus étroit, la faible quantité d'air contenue dans la caisse et les cellules prémastoïdiennes serait bientôt absorbée et la membrane se trouverait attirée vers la paroi interne, comprimant ainsi l'étrier contre la fenêtre ovale.

Le développement des cellules mastoïdiennes se montre donc en même temps que l'olfaction vient rendre nécessaire la diminution du calibre des trompes. Antérieurement à cette époque, les cellules prémastoïdiennes suffisaient à l'intégrité d'un organe que la respiration, non compliquée de l'olfaction, tendait seule à déformer. Elles nous rappellent donc l'ethmoïde suffisant à la respiration non compliquée encore des mêmes phénomènes olfactifs. Le développement des cellules mastoïdiennes vient compenser les inconvénients du rétrécissement des trompes, inconvénients qui se manifesteraient par le vide rétro-tympanique. Ces cellules ont donc une relation de second ordre avec l'olfaction, de premier ordre ou direct avec l'audition. Ce rôle se confond avec celui de protection contre un afflux trop abondant d'air venu du pharynx, rôle invoqué par Urbanstchich; mais il augmente singulièrement l'importance des cellules et montre le rapport entre le resserrement de la trompe et la formation de ces cavités.

La pathologie s'accorde bien avec cette façon de voir les choses. Ne sait-on pas en effet que si les trompes sont plus larges chez l'enfant, leur obstruction n'en a pas moins un rapide effet sur l'audition; chez le tout petit enfant elle arrive vite à simuler des phénomènes méningitiques, ce qui se voït très rarement chez l'adulte. A un âge plus avancé, nous voyons au contraire survenir une affection à processus extrêmement lent, l'otite scléreuse. Pourquoi ne la voit-on presque jamais chez l'enfant ? Elle n'est pas causée par la sclérose sénile; sans doute la membrane prend chez le vieillard une apparence scléreuse; mais ce n'est pas là du tout ce qu'on appelle le catarrhe chronique; on a même dit le catarrhe sec (comme si on voulait, par la bizarrerie des termes, indiquer l'impossibilité où l'on est d'expliquer la pathogénie de cette affection); cette apparence sénile coïncide souvent avec une acuité excellente. Dans le catarrhe chronique ou otite scléreuse, Politzer a insisté sur la concavité bien plus réelle qu'apparente de la membrane; c'est qu'elle est un phénomène congestif de toute l'oreille moyenne, dû à ce que la raréfaction de la caisse se fait aussi imparfaitement, si j'ose dire, grâce aux cellules que son aération, laquelle est rendue insuffisante par le rétrécissement de la trompe compliquée de congestion pharyngienne, d'où cette absence d'à-coup, cette lenteur d'évolution si peu en rapport avec les faits constatés chez l'enfant. C'est que chez celui-ci il n'existe pas un réservoir suffisant pour parer aux afflux d'air ou à sa pénurie dans la caisse du tympan.

Ainsi dans l'évolution des organes nous trouvons une des raisons de l'évolution d'une affection qui a si souvent attiré les réflexions des otologistes sur sa pathogénie mystérieuse. Ainsi se dévoile l'origine de la concordance de l'évolution des sinus de la face et des cellules mastoïdiennes. « En comparant, dit Sappey, ce mode d'évolution des cellules mastoïdiennes à celui des sinus frontaux et sphénoïdaux, on voit qu'il n'en diffère pas. »

En résumé, les cellules mastoïdiennes soustraient la membrane tympanique aux effets déformateurs du vide barométrique dû, non pas tant à l'aspiration olfactive contre laquelle

la préserve déjà le rétrécissement de la trompe, qu'aux conséquences de ce rétrécissement, lequel coïncide avec le développement de l'aspiration olfactive. Elles préservent l'oreille d'une réaction trop vive due à l'afflux d'air (Urbanstchich), mais surtout au vide barométrique. En revanche, elles soustraient l'individu à la sensation des effets congestifs de ce vide, lorsqu'il est peu marqué et préparé ainsi à l'otite scléreuse.

III

DU ROLE DU VOILE DU PALAIS DANS LA RESPIRATION.

Par le Dr **L. COUETOUX**, de Nantes.

Autant il est impossible de connaître un instrument à vent dont on ne peut s'expliquer la position des clapets ou soupapes, autant il est illusoire de penser comprendre l'acte respiratoire au point de vue de la prise d'air, lorsqu'on ne se rend pas parfaitement compte des positions du voile du palais. La connaissance de ces positions intéresse au premier point le phonétiste, le physiologiste, l'otologiste. Aussi pensons-nous que le travail de M. le Dr Smester sur la respiration nasale et buccale, daté de 1881, est une des plus belles pages de l'oto-rhinologie contemporaine. Ce travail résume ses conclusions en deux lignes dont nous chercherons à développer les conséquences : « La respiration se fait par la bouche seule, ou par le nez seul, non par le nez et la bouche en même temps. »

Le Dr Woillez s'éleva contre ces conclusions et prétendit que le voile retombant par son poids se tenait entre les cavités nasales et buccales et permettait à l'air de passer par l'un et l'autre orifice. — Sans doute il n'aurait point soutenu

pareille assertion s'il avait connu les travaux de Donders sur la pression barométrique buccale.

Donders fut donc en la question le précurseur de Smester, et nous allons, guidés par les travaux de ces deux savants, étudier les positions du voile pendant le repos, la bouche fermée, pendant l'émission des syllables nasales, et enfin nous aborderons l'étude de la respiration lorsque la bouche est ouverte. Quelques conséquences pratiques montreront, j'espère, l'importance de ces études théoriques.

La bouche fermée, la respiration se fait par le nez, le voile étant appliqué sur la base de la langue et séparant complètement la cavité buccale de la cavité rhino-pharyngienne. « En 1875, à propos du mécanisme de la succion, et comme complément du travail du D[r] Metzler, qui avait remarqué que la bouche reste fermée, non par une contraction musculaire, mais par la simple pression atmosphérique, Donders détermina la pression négative (moindre qu'une atmosphère) qui existe dans la bouche simplement fermée. Elle est de 6 à 7 millimètres de mercure (*Annales d'oculistique,* Nuel, 1889, p. 100, 2[e] semestre). On conçoit l'importance de cette pression négative attirant le palais en bas, et l'inconvénient qui peut résulter de l'aspiration nasale attirant la voûte palatine en haut, si le vide physiologique indiqué par Donders n'existe pas dans la cavité buccale. Si la bouche reste ouverte, l'absence de ce vide n'est-elle pas en partie cause de l'ogivité de la voûte palatine depuis longtemps signalée chez l'enfant et l'adulte à respiration buccale. Faisons ressortir encore les effets de cette pression négative sur la façon dont nous ouvrons la bouche, en donnant d'abord entrée à l'air par un mouvement des lèvres, qui fait cesser la résistance de l'air extérieur à l'écartement des mâchoires en la laissant pénétrer dans la cavité buccale dont la paroi inférieure n'a plus qu'à obéir à la pesanteur.

Les choses étant ainsi, lorsque nous ouvrons simplement la bouche, il ne pourrait pas se produire de séparation du voile d'avec la base de la langue, sans qu'un bruit léger soit entendu par nous. La bouche étant fermée, le voile est appliqué à la base de la langue, et si la bouche s'ouvre simple

ment et sans bruit, le voile reste encore en l'état, la respiration persiste à être nasale, et exclusivement nasale. Mais ce dernier point est à revoir et nous allons y revenir.

Pour le moment, insistons seulement sur ce point que la respiration nasale, donnant accès à la pression extérieure en arrière du voile, le refoule en avant et ne le laisse pas dans une position intermédiaire, et j'ajoute que même dans un mouvement de déglutition l'accès de l'air dans la cavité buccale ne sera pas donné par le retrait du voile vers le pharynx, vu le mouvement synergique de la langue, laquelle vient, dès avant le retrait du voile vers le pharynx, s'appliquer à sa face intérieure et le refouler, de sorte que la bouche reste après comme avant et pendant cavité close; c'est ce point important qui rend la succion continue en faisant de la bouche un *réservoir de vide*.

Syllabes nasales. — Dans l'émission des syllabes nasales nous trouvons le seul cas d'une respiration naso-buccale, autrement dit la *respiration buccale est exclusivement phonétique*. Dans la critique que Woillez dirigea contre les assertions du Dr Smester, la respiration naso-buccale était considérée comme possible et même fréquente. « Je sens, disait Woillez, que je respire par le nez et par la bouche, et il expliquait la possibilité de respirer par le nez et la bouche en invoquant la position intermédiaire que devait prendre le voile, grâce au relâchement de ses muscles. — Je soutiens que la respiration naso-buccale se voit dans la prononciation des syllabes nasales; il est, en effet, possible de souffler une lumière avec la bouche en prononçant an, in, on, et avec un tube partant des narines de ramener dans le même moment le sommet, la flamme en sens inverse de celui provoqué par le souffle de la bouche. Mais cette respiration naso-buccale est due à une tension du voile et non pas à un relâchement du voile. C'est que dans toute cette étude il ne faut pas oublier que le voile est un organe mou et humide toujours agglutiné en avant ou en arrière s'il n'est pas tendu par ses muscles. Ce point de la tension du voile dans le seul cas de respiration naso-buccale mérite d'être établi, d'autant plus

que s'il est confirmé, le peu de solidité des critiques adressées au Dr Smester se trouve dévoilée du même coup. Heureusement cette confirmation est aussi facile qu'importante. Il n'est pas nécessaire de faire appel à cette sensation d'effort vers la région qui accompagne pourtant d'une façon si nette la prononciation des syllabes nasales ; les sensations vers cette région ont, jusqu'ici, bien plutôt induit en erreur qu'éclairé la physiologie. — Si au contraire nous prenons une sonde pour la trompe d'Eustache et qu'en portant l'extrémité nasale sur notre voile du palais, à travers les fosses nasales, nous prononçions une syllabe nasale, immédiatement nous sentons que la sonde, au lieu d'appuyer, comme tout à l'heure, sur un plan mollasse, appuie au contraire sur un plan tendu et vibrant. Cette sensation est très nette à notre main ; il faut reconnaître que sur autrui nous la percevons bien moins : sur soi-même la sensation sur le doigt et le voile est d'une netteté convaincante.

La bouche largement ouverte, le voile du palais s'abandonne à sa propriété agglutinative et s'accole soit au pharynx (respiration buccale), soit à la base de la langue (respiration nasale).

Mais la respiration ne peut-elle être bucco-nasale lorsque nous abaissons la langue avec une spatule et prions le malade de ne pas se contracter, comme dans la rhinoscopie postérieure ? Si dans ce cas on observe le patient et qu'on lui dise de respirer par la bouche, on voit de suite la langue s'avancer et le voile se retirer de lui-même en arrière par un mouvement vraiment synergique. Si au contraire on veut commander à la respiration d'être nasale, le voile reste bien en avant, mais synergiquement comme tout à l'heure, la langue fait gros dos pour venir à sa rencontre et presse contre la spatule. Si l'on observe à ce moment la forme de la partie postérieure de l'organe lingual, on reconnaît qu'il fait gouttière pour diriger le courant aérien en arrière vers les fosses nasales. Ne nous étonnons donc pas de voir le professeur Moldenhauer, à propos de l'examen rhinoscopique postérieur, nous avouer que si pour mieux voir « on invite le malade, pour amener le relâchement du voile, à respirer exclusive-

ment par le nez ou à émettre un son prolongé, on obtient souvent un résultat tout contraire ». En fait, le chirurgien ne peut pratiquer la rhinoscopie postérieure que dans une position des organes qui est comme une surprise de ces organes, et la facilité relative de cet examen chez l'enfant tient sans doute à l'acquisition encore incomplète chez lui des synergies musculaires qui viennent d'être étudiées.

Tirons de tout ceci quelques conclusions pratiques, d'abord pour le cathétérisme. Faut-il le faire la bouche ouverte ou fermée ? D'après ce que nous venons de dire, il y a tout avantage à le faire la bouche fermée, ou au moins pendant que la respiration reste nasale, pour profiter de l'application du voile sur la base de la langue. On est ainsi moins exposé au contact de la luette. Mieux vaut que la respiration étant nasale, la bouche soit entr'ouverte pour que, d'une part, le voile appliqué sur la langue soit porté un peu plus bas et que, d'autre part, le malade soit moins porté aux mouvements de déglutition qui amènent le voile vers la sonde. — Dans le cathétérisme de la trompe droite par la narine gauche et réciproquement, il y a plus d'importance à observer ces règles, vu la courbure de la sonde : la sonde étant dans la direction de l'orifice de la trompe, il peut être utile de faire ouvrir davantage la bouche pour rapprocher les parois latérales du rhino-pharynx et faciliter l'engagement du bec dans l'orifice des trompes.

Une conséquence bien autrement importante des études qui précèdent concerne la position à donner à l'enfant ou à l'adulte pendant le sommeil. Beaucoup d'enfants, dont la respiration est encombrée, jettent la tête en arrière et dégagent ainsi le voile de la base de la langue ; de la sorte un large passage buccal facilite l'entrée de l'air. D'où l'habitude bientôt prise de respirer par la bouche. Il faut, dans ces cas, et lorsqu'une opération de végétations adénoïdes a été rendue nécessaire, veiller à porter la tête de l'enfant en avant et l'incliner vers la poitrine. Sinon un coryza passager fera contracter une habitude fâcheuse, ou bien l'habitude ancienne due aux végétations persistera malgré leur ablation.

Ces fonctions que nous venons d'attribuer au voile du pa-

lais, cette mobilité active et passive tour à tour ne peut être remplie que par un organe intact. D'où la nécessité de rendre l'activité et la mobilité à ces organes dont la synergie et la contractilité se trouvent contrariées par l'inflammation de la muqueuse. D'où aussi le fait de baver, dû à la déglutition imparfaite, et si fréquent dans les pharyngites et rhino-pharyngites même chroniques et sur lequel nous avons appelé l'attention comme symptôme des végétations du pharynx et aussi de l'hypertrophie des amygdales. La parésie du voile apparaît dans le cas où l'on pratique avec le doigt ou même une tige coudée le toucher rhino-pharyngien; alors il se passe quelque chose d'analogue à ce que nous voyons lorsque nous introduisons une sonde dans le col et le corps de la matrice. La comparaison ne paraîtra bizarre qu'à ceux qui n'ont pas eu occasion d'observer souvent combien au début du traitement l'introduction se fait facilement dans les deux cas; puis, lorsque la muqueuse se répare, nous sentons la sonde saisie par le col de l'utérus, de même la tige pharyngienne est fortement accolée à la paroi postérieure du pharynx par le voile et tous les muscles de la région auxquels la contractilité est revenue par la guérison de l'état inflammatoire.

Ces considérations font aussi comprendre combien est capital le rôle du gargarisme dans toutes les affections inflammatoires de la région, du gargarisme qui, bien fait, agit par l'action topique du liquide bien moins que par l'activité musculaire qu'il réveille en faisant par là même rétrocéder l'inflammation.

On a utilisé le retrait en bas de la langue lorsque la tête est penchée en arrière, et par suite le dégagement du voile qui, dans ce cas, va se porter en haut pour donner dans la chloroformisation un large accès à l'air. On se préserve ainsi de la crainte si légitime de ne trouver dans la respiration nasale qu'un passage insuffisant, surtout lorsque le poids de la langue retombant inerte, refoule le voile en arrière et obstrue le rhino-pharynx. — Il me paraît qu'il est bon de n'user que par intervalles de ce procédé parce qu'il entrave singulièrement la déglutition de la salive, il provoque l'irritation

cordes par l'arrivée trop directe des vapeurs chloroformiques à leur contact. Mieux vaut que la tête soit suivant l'axe du corps, de telle sorte que le malade profite tour à tour de la respiration nasale et buccale.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber Taubstummheit, ihre Ursachen un Verhütung. (De la surdi-mutité, ses causes et sa prophylaxie, par A. SCHWENDT (Bâle). Librairie B. SCHWABE, Bâle 1890.)

Cette leçon d'ouverture est une revue intéressante de l'état actuel de la question ; elle contient un certain nombre de chiffres et de faits curieux relatifs aux résultats de l'éducation systématique des sourds-muets. L'auteur ne cite aucun travail personnel. M. W.

De l'exploration de la paroi postérieure du larynx, par G. KILLIAN. (Chez G. FISCHER, Iéna, 1890.)

Le but de cet ouvrage est la description d'un procédé technique nouveau pour l'examen de la paroi antérieure du larynx, trop souvent négligé par les praticiens et dont l'utilité est incontestable, en raison du siège des lésions au début de la phtisie laryngée. C'est en faisant porter la tête en avant que l'auteur a pu arriver à pratiquer cet examen ; dans ce mouvement, il est possible, au début, de voir toute la trachée et l'ouverture des bronches ; en prononçant davantage, cette situation, qui oblige l'examinateur à se rapprocher au plus haut point du malade et à l'explorer de bas en haut, on arrive à voir les parties les plus cachées et, entre autres, le repli formé par le corps du cricoïde.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séances du 5 décembre 1890 et du 16 janvier 1891.

Président : B. Fraenkel.

Comptes rendus par le Dr A. Krakauer (de Berlin).

M. Lublinski rapporte quelques cas de *tuberculose laryngée traités par la méthode de Koch.* Il saute aux yeux de tout le monde que, à tous les endroits qui présentent des infiltrations tuberculeuses, même n'ayant pas été reconnues avant au laryngoscope, la tuberculose se manifesta après l'injection en même temps qu'apparurent de la rougeur et de la tuméfaction et même des ulcérations. Toutefois, ces ulcérations paraissent guérir très vite, les gonflements sont circonscrits et disparaissent après que la fièvre est tombée. On peut ainsi reconnaître la présence des infiltrations dans les poumons par l'auscultation et la percussion. Plus tard les infiltrations disparaissent de nouveau aussi.

M. Grabower décrit alors quelques-uns des cas qu'il a traités avec Lublinski.

I. — Femme de 31 ans ayant de fortes tares héréditaires, a eu une hémoptysie ; au reste, nutrition passable. Au repli interaryténoïdien, une grande infiltration s'étendant en largeur et allant d'une corde vocale à l'autre. La malade subit 8 injections de 0,01 à 0,04. Après la seconde (0,02), la tumeur décline rapidement jusqu'au quart de son volume. Jusqu'à 5 injections, morcellement de la tumeur, car la réaction ne fut plus que minime au bout de quelques injections.

A l'opposé de Lublinski qui conseille de commencer par 0,001, Grabower donne de suite 0,005 et monte de suite jusqu'à 0,01. Il n'y a eu d'inconvénients que dans la tuberculose des glandes. La méthode modifie à peu près aussi bien les bords en bourrelets des ulcérations. Grabower croit qu'on peut expliquer de la manière suivante la différence de réaction : dans la tuberculose des glandes le virus est renfermé dans un petit espace, et c'est ce qui fait que l'action peut se manifester rapidement.

II. — Homme de 31 ans, malade de la poitrine depuis quinze mois, plusieurs hémoptysies, enrouement, infiltrations cicatricielles sur les deux cordes vocales. Muqueuse du cartilage aryténoïdien, ventricules, épiglotte tuméfiées; ulcérations sur le repli interaryténoïdien, sur le ventricule gauche, à la commissure postérieure; sur la corde vocale gauche, un nodule d'un gris blanchâtre : 9 injections; la première 0,01, suivie d'une violente réaction sans dyspnée, puis 0,005, et montant ensuite jusqu'à 0,03, il y eut alors de l'accoutumance. Les gonflements diminuèrent, puis les ulcérations ne furent plus confluentes, et, enfin, leurs bords saillants disparurent. Le nodule s'est amélioré.

III. — Jeune fille de 14 ans. Lupus du larynx, du pharynx et du nez. Tuméfaction des glandes du cou et de la clavicule. Ulcus au-dessus des paupières, de la paupière inférieure gauche et de la joue. Sur le voile et la luette, une forte tuméfaction et dépôts granuleux. En arrière un ulcus mou : le naso-pharynx est parcouru par d'épais plis rouges. Diverses parties lupeuses sur les muqueuses laryngienne et nasale. Les injections commencèrent par 0,01. Fièvre persistante. Les glandes deviennent moins saillantes; à la place des granulations, apparaît un exsudat gris. Les végétations de la muqueuse nasale donnent l'impression de fortes infiltrations de cellules microscopiques qui refoulent les formations de nodule presque complètement en arrière, et aboutissent à une réaction inflammatoire.

La seconde injection fût suivie du même résultat. Hier (4 dédécembre) troisième injection, aujourd'hui le malade n'a plus de fièvre; déjà l'accoutumance est établie.

Beaucoup d'autres cas, qui seront aussi examinés, présentèrent le même état.

M. Lublinski présente deux malades injectés dans la matinée. Il s'agissait d'une neuvième et d'une dixième injections. Les doses étaient de 0,03 et 0,05.

IV. — Jeune homme atteint d'une affection pulmonaire à la suite de l'influenza. Infiltration et rougeur du larynx. Ulcère saillant de la corde vocale gauche et des replis interaryténoïdiens. Corde vocale droite d'apparence saine. Après l'injection apparurent sur la corde vocale droite de la rougeur et du gonflement qui disparut. Les tuméfactions postérieures ont diminué et les ulcérations touchent à la guérison.

V. — Périchondrite aryténoïdienne gauche. Diverses ulcérations et tuméfactions. Phtisie pulmonaire. Depuis sept ans,

fistule anale qui, malgré l'opération, ne guérit pas. Après le traitement, amélioration des troubles de la déglutition, disparition des tuméfactions et des ulcérations. La fistule rectale se ferme.

L'ensemble des malades est ensuite examiné par toute l'assemblée.

Séance du 16 janvier 1891.

Président : M. B. Fraenkel.

M. Treitel parle sur un cas de *laryngite hémorrhagique*, observé chez une femme autrefois bien portante et régulièrement menstruée. L'affection apparut au moment de la menstruation. Le larynx était couvert de caillots sanguins, il existait aussi une violente toux. Il survint à la suite des accès de dyspnée qui, toutefois, ne présentèrent pas un caractère menaçant. Le cas guérit dans un temps proportionnellement court et si heureusement que, quatorze jours après le début de l'affection, il n'existe plus que les signes d'un léger catarrhe. La thérapeutique consista en inhalations de chlorure de sodium et des badigeonnages appliqués avec une solution de nitrate d'argent à 10 0/0.

Treitel ne peut pas accepter l'opinion de Gottstein, que la sécrétion desséchée, en se détachant, cause des hémorrhagies, quoiqu'il croie qu'il s'agisse d'un processus semblable à la laryngite sèche. Il propose de choisir la dénomination de « laryngite sèche hémorrhagique ».

Il explique la dyspnée dans les cas de légère sténose de la glotte par un spasme très violent des muscles glottiques.

Discussion :

M. B. Fraenkel trouve l'appellation de laryngite sèche hémorrhagique peu convenable, car on ne peut pas toujours constater un processus atrophique. Il explique l'obstacle aux mouvements de la glotte mécaniquement par l'imbibition de la partie atteinte par le sang.

Le secrétaire donne alors lecture d'un travail de M. Luc, de Paris, sur *un cas d'empyème de l'antre Highmore au cours d'un érysipèle*. Il avait auparavant beaucoup douté de la formation

de l'empyème par la propagation nasale. Quand il eut le cas sous les yeux, il trouva tous les signes de l'empyème ordinaire, sauf l'odeur. L'ouverture de la fosse canine donna issue à une abondante collection de pus qui, tant à l'examen microscopique que par inoculation, montra la présence de streptocoques.

M. Peltesohn : *Sur un cas de guérison d'un tic convulsif provenant du nez.* Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui souffrait de cette affection depuis six ans et avait essayé tous les traitements. Le nez était obstrué et il survenait de l'écoulement. Au moyen de la sonde on ne pouvait provoquer aucun accès caractéristique, mais on voyait une hypertrophie polypoïde de l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche, qui fut extirpée par la galvanocaustique. Les accès cessèrent aussitôt et, depuis dix mois, ils n'ont pas reparu. L'auteur pense que la non-apparition des accès pendant le sondage ne plaide pas contre l'origine nasale de ces névroses, et il conseille dans tous les cas d'extraire les tumeurs qui se montrent dans l'intérieur du nez.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

DOUZIÈME CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE, TENU A BALTIMORE EN MAI 1890.

Présidence de **John Noland MACKENZIE** (de Baltimore).

I. — John Noland Mackenzie. *Relations entre les affections bulbonucléaires et certaines névroses obscures des voies respiratoires supérieures* (1). — Noland Mackenzie insiste sur le rôle probable des affections bulbonucléaires dans certaines névroses respiratoires mal définies, aphonie fonctionnelle, spasme des tenseurs des cordes vocales, etc. Il rapporte une observation complexe de parésie de la langue et du pharynx, avec paralysie du voile du palais, diminution de la sensibilité

(1) Analyse du *New-York med. Journal* des 16 août, 6 et 27 septembre 1890.

laryngée, légère gêne respiratoire; grande difficulté de l'expectoration, etc., qu'il regarde comme ayant cette origine.

Discussion : Bosworth émet, pour expliquer cet ensemble singulier de symptômes, l'hypothèse d'une névrite du trijumeau.

Delavan rappelle les troubles laryngés produits d'une part par les lésions corticales du cerveau, de l'autre par les lésions médullaires comme dans l'ataxie.

Bosworth admet l'existence de centres laryngés psychiques dans l'écorce cérébrale, mais non l'existence de centres moteurs.

II. — Van der Poel. *Myxome de l'épiglotte.* — Le point le plus important de cette observation est la coexistence avec le myxome de l'épiglotte d'une anémie pernicieuse qui fut la cause de la mort du malade. Cette coexistence des anémies pernicieuses, des pseudoleucémies avec certaines tumeurs bénignes est importante à connaître. Le myxome, avant son ablation, qui fut faite sans trop de difficulté au galvanocautère, n'en avait pas moins entraîné une gêne locale sérieuse de la respiration et de la déglutition. Il était formé de tissu myxomateux hyalin pur. — Le diagnostic sur le vivant avec un kyste ou même un fibrome semble à peu près impossible; la nature même, pièces en main, sera souvent méconnue si l'on ne fait pas d'examen microscopique. La rareté des observations est donc peut-être plus apparente que réelle.

Discussion : Mackenzie croit également que les myxomes du larynx, surtout ceux qui siègent plus bas que l'épiglotte, sont moins rares que ne le ferait croire le petit nombre de faits publiés.

Swain a pratiqué l'ablation d'une tumeur de la fosse glosso-épiglottique offrant tous les caractère macroscopiques d'un myxome.

III. — S. Solis Cohen. *Examen du nez.* — Solis Cohen rapporte plusieurs observations qui montrent l'importance de l'examen du nez et de l'interprétation de cet examen. Les lésions locales peuvent causer les affections nerveuses réflexes; elles peuvent être une simple coexistence; elles peuvent dépendre d'une affection générale.

Discussion : Roe, abordant la question spéciale des rapports de la céphalalgie et des lésions nasales, croit que, bien que la guérison de la céphalalgie soit incertaine, il y a toujours intérêt à traiter ces lésions.

Jarvis insiste sur les différences des susceptibilités individuelles à l'égard d'une même lésion anatomique.

IV. — A.-W. MAC COY. *Myxome du nasopharynx chez un enfant de 6 ans.* — La tumeur fut enlevée à l'anse galvanique. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un myxome sous-muqueux. Cette observation est doublement rare par la nature de la tumeur, par l'âge du sujet.

Discussion : MACKENZIE a observé deux faits analogues dans une même famille chez un petit garçon âgé de 6 ans et chez sa sœur âgée de 4 ans.

SWAIN a vu également un fait de myxome chez un enfant de 8 ans.

V. — C.-H. KNIGHT. *Fibrosarcome de la fosse nasale droite* (1). — Cette observation offre comme particularités cliniques intéressantes : 1° la précocité de l'apparition des troubles cérébraux, qui paraît indiquer un point de départ des néoplasmes sur l'ethmoïde ou le sphénoïde; 2° la rapidité de la récidive après une ablation par le procédé de Chassaignac, ablation qui ne put être totale. Knight pense qu'entre les deux procédés, le procédé de Mac Ewen est celui qui donne le plus de jour. Il veut bien citer le mémoire que nous avons publié dans ce journal même, et défendre notre opinion sur la nécessité d'aborder toujours les tumeurs malignes même pédiculées des fosses nasales par une opération préliminaire qui les mette nettement en vue. Les ablations à la pince, au serre-nœud lui semblent, comme à nous, devoir être bien rarement efficaces.

Discussion : BOSWORTH dit que, dans le seul fait de guérison durable d'un sarcome du nasopharynx qu'il connaisse, le traitement a été fait uniquement par les moyens de douceur. Il croit qu'au moins, pour les sarcomes, le mieux est de les attaquer par la voie nasale et de les enlever par morcellement.

MULHALL, dans un cas de sarcome des deux fosses nasales, se contenta également d'ablations partielles au galvanocautère. Il était parvenu à désobstruer un des côtés quand le malade renonça au traitement. Il mourut quatre mois après d'hémorrhagie.

KNIGHT, malgré ces objections, pense que, même dans le sarcome, il est plus judicieux de s'abstenir de parti pris que de faire toute une série de « grignotages » de surface sur des tumeurs qui continuent à croître sur les parties qu'on n'atteint pas.

(1) Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. *Annales*, mars 1890.

VI. — H. L. Swain. *Le tissu adénoïde du nasopharynx et du pharynx* (1). — Swain fait une étude très complète de ce tissu adénoïde au point de vue de son siège, de sa biologie, de son développement de son anatomie comparée, de sa pathologie. Il termine en donnant les indications bibliographiques les plus importantes. D'après ses observations personnelles, ce tissu aurait peut-être un rôle hématopoiétique; il l'a trouvé atrophié dans deux cas de leucocytose du sang chez des tuberculeux.

VII.—E. Fletcher Ingals. *Tumeurs cartilagineuses du larynx, verrues des fosses nasales.* — Fletcher Ingals rapporte un fait de guérison de tumeurs cartilagineuses du larynx par des cautérisations répétées à l'acide chromique. Dans un autre cas, il a obtenu par l'usage externe et interne de la teinture de thuya la disparition de verrues des fosses nasales ayant résisté à l'acide chromique et au galvanocautère.

Discussion : Bosworth, dans un cas de verrues des fosses nasales, a employé sans succès la teinture de thuya. Il a obtenu la guérison par des applications d'acide acétique cristallisable.

Mulhall, Mackenzie et Ingals insistent sur la rareté des papillomes vrais des fosses nasales et rappellent les confusions qui peuvent résulter pour le diagnostic de végétations survenant au cours des rhinites chroniques.

VIII. — S.-W. Langmaid. *Raucité et perte de la voix causées par de mauvaises méthodes vocales.* — Langmaid montre combien certaines méthodes de chant sont défectueuees au point de vue physiologique. Il montre, en particulier, combien la pratique de maintenir la langue à plat dans la bouche pendant la vocalisation augmente la fatigue des muscles.

Discussion : Hinkel et Mackenzie insistent sur le rôle que peuvent jouer dans la fatigue vocale les obstructions du nez et du pharynx. Delavan et Mulhall confirment les idées de Langmaid. Tout chanteur qui éprouve une sensation d'effort au-dessus des clavicules a, pour Mulhall, une méthode vicieuse.

IX. — E.-F. Ingals. *Paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien latéral.* — Ingals rapporte deux observations où la paralysie unilatérale, bien qu'étant survenue peu après des opérations sur la bouche et le nasopharynx, paraissait être de nature hystérique.

Discussion : Bosworth rappelle que dans ces paralysies uni-

(1) Étude reproduite *in extenso* dans le *New York med. Journal* 20 septembre 1890, p. 316-320.

latérales les troubles vocaux peuvent cesser par suppléance de la corde vocale saine sans qu'il y ait guérison de la paralysie.

X. — F.-H. Bosworth. *Paralysie unilatérale des muscles abducteurs du larynx.* — Cette paralysie parut rattachée à une affection bulbaire à symptômes anormaux, affection bulbaire causée elle-même vraisemblablement par une suppuration de l'antre d'Highmore. Bosworth rapporte diverses observations qui paraissent indiquer la fréquence relative de ces paralysies d'origine centrale.

Discussion : Westbrook, en raison de la courte durée de la paralysie, de la rapidité du début, discute la possibilité d'une thrombose ou d'une embolie. Bosworth insiste sur les symptômes (troubles de la déglutition, parésie des autres muscles innervés par la huitième paire) qui démontrent la lésion bulbaire.

A.-F. Plicque.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Une opération pour tenter la guérison d'une surdité accompagnée de bourdonnements d'oreilles due à l'immobilisation des osselets et d'otorrhée, par Samuel Sexton. (*Brit. med. Journ.*, 11 janvier 1890.)

La lumière électrique permettant d'explorer le fond de l'oreille d'une façon extrêmement minutieuse, l'auteur a tenté à plusieurs reprises et souvent avec succès, la cure radicale de ces otites moyennes chroniques caractérisées par l'otorrhée et la surdité. A l'aide d'un fin ténotome il repousse les débris du tympan, et arrivant sur les osselets plus ou moins ankylosés, parvient à enlever à l'aide d'une pince l'enclume et le marteau. L'opération est rarement suivie d'hémorrhagie. L'écoulement purulent disparaît, la caisse du tympan se cicatrise peu à peu, et souvent la surdité diminue notablement. La santé générale, subissant le contre-coup de cette amélioration locale, devient également bien plus satisfaisante.

Dans les cas d'otite scléreuse, l'opération diffère peu de la précédente ; mais il faut tout d'abord détacher le tympan pour

se faire jour dans l'oreille moyenne, et l'ablation des osselets se fait très aisément après qu'on les a détachés de leurs insertions ligamenteuses. Les résultats sont également très bons : presque toujours la surdité a considérablement diminué.

C. HISCHMANN.

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par W. B. Dalby. (*Brit. med. Journ.*, 19 avril 1890, page 888.)

Les expériences de Flourens qui semblaient attribuer aux canaux semi-circulaires le rôle de maintenir l'équilibre du corps ont été controuvées de façon qu'il paraît improbable que cette portion du labyrinthe soit le siège de la lésion qui détermine le vertige de Ménière. Les caractères particuliers du vomissement, le fait que ce dernier peut survenir subitement, sans nausée, à la suite de l'irritation du tympan, les connexions intimes du pneumogastrique et du nerf auditif à leur origine font plutôt supposer que le vertige et le mal au cœur sont dus à une action réflexe du pneumogastrique, due à une lésion qui occupe une portion du nerf acoustique.

En résumé, la dénomination de maladie de Ménière sert le plus souvent à masquer l'ignorance de la lésion pathologique qui occasionne une série de symptômes assez analogues, mais qui sont sous l'influence de bien des causes différentes.

C. HISCHMANN.

Remarques sur le vertige, par Davidson. (*Liverpool med. Chir. Journ.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Davidson attire l'attention sur le vertige provenant de causes autres qu'une affection actuelle des canaux semi-circulaires et que l'on devrait appeler « vertige aural » et non « maladie de Ménière ». Les cas décrits par Ménière sont presque tous, sinon tous, des cas de maladie des canaux semi-circulaires eux-mêmes. Toute cause de pression intempestive (catarrhe chronique de l'oreille moyenne, cérumen comprimant le tympan, injections dans l'oreille, etc.) peut causer le vertige en amenant par les deux labyrinthes au cerveau des sensations opposées. Le cerveau différant en sensibilité, le vertige ne se produit pas dans chaque cas. Davidson ne considère pas les vertiges dits « laryngé » et « nasal » comme véritablement périphériques, mais plutôt comme cérébraux. Dans tous ces cas il y a eu éternûments ou toux violente et prolongée troublant la circulation

cérébrale. Peut-être certains cas ont pu être des cas de vertige labyrinthique par la trompe d'Eustache. R. L.

Du traitement de la tuberculose laryngée avec la lymphe de Koch, par Capart. (*La Clinique*, 1er janvier 1891.)

M. Capart passe brièvement en revue les communications de von Bergmann, de Lublinski, d'Oppenheim et de Krause sur le traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch. Il mentionne en même temps trois cas de sa pratique. « Chez l'un d'eux il s'est produit, après six injections, une très notable amélioration. L'œdème a disparu avec la sécrétion profuse; la surface ulcérée est plus nette, la voix s'est transformée entièrement. »

Il faut agir avec une extrême prudence. « L'effet produit ne va pas toujours en décroissant comme on l'a écrit; il semble parfois, au contraire, qu'il s'accumule, et le remède agit alors non plus à la façon d'un vaccin, mais comme un médicament toxique d'une puissance inouïe ».

On peut se croire autorisé à faire des essais prudents. En tout cas, pas d'injections sans avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour pratiquer la trachéotomie. Les cas de Lublinski (différenciation du lupus laryngé et de la syphilis héréditaire) et de von Bergmann (qui a reconnu par absence de réaction un cancer du larynx) prouvent que le nouveau remède peut rendre de grands services au point de vue du diagnostic. O. LAURENT.

Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch, par Lublinski, Grabower et B. Fraenkel. (*Soc. de laryngologie de Berlin*, 21 novembre 1890, in *Deutsche med. Zeit.*, n° 95, 25 novembre 1890.)

Lublinski et Grabower ont traité ensemble la tuberculose laryngée d'après la méthode de Koch à la Clinique privée de Levy, et ils donnent un court résumé de leurs observations.

Ils ont injecté de 2,5 milligrammes à 1 centigramme du médicament. Même sous sa plus petite dose, le médicament peut occasionner des états inquiétants. Les malades tombent souvent après l'injection dans un état soporeux ou somnolent *pouvant faire craindre la mort*. La température s'élève quelques heures après l'injection et atteint son maximum après 6 à 7 heures. L'acmé dure une à deux heures et, après dix-huit à vingt heures, la température devient normale.

Lublinski insiste sur les symptômes qu'on peut observer dans la respiration et la circulation. On a vu survenir des battements de cœur violents et une sensation d'oppression. La toux devenait tantôt plus forte, tantôt plus faible; quelques malades se plaignaient d'une sécheresse à la gorge.

Après l'accès fébrile, la toux devenait plus grasse et, pendant l'accès, la voix était enrouée. Les quelques cas qu'on avait traités représentaient les différents états de la tuberculose laryngée. On observait des cas d'infiltration de la muqueuse intra-aryténoïdienne avec ulcérations des cordes vocales, de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques.

On constate des effets sur la muqueuse laryngée affectée même par les doses les plus faibles du médicament. Les bords des ulcérations s'aplatissent, le fond se nettoie et les ulcérations deviennent peu à peu petites. Dans un cas on a vu, sur une des ulcérations, un dépôt gris noirâtre qui, peut-être, était formée d'amas de détritus comme dans les cas rapportés par Bergmann.

Le jour suivant, cet amas était éliminé et l'ulcération était nettoyée. Les gonflements œdémateux et les ulcérations disparaissent, et les infiltrations de l'épiglotte diminuent. Un malade qui ne pouvait pas avaler, après deux injections seulement, arrivait à avaler plus facilement, surtout les liquides, bien que son infiltration existât encore. La crainte de voir survenir des œdèmes n'est pas justifiée. Dans deux cas, Lublinski a vu de la périchondrite; la muqueuse n'était pas œdématiée.

Grabower ne saurait tirer de conclusions de ses expériences, les malades étant encore en traitement. Cependant il peut d'ores et déjà faire deux remarques: 1° les phénomènes initiaux de la tuberculose disparaissent par suite de l'application du médicament de Koch. A l'appui de cette remarque il mentionne notamment un cas. Il s'agit d'une femme de 31 ans avec antécédents héréditaires dont les crachats ont contenu des bacilles de la tuberculose. Les phénomènes dans le larynx étaient tout récents; la muqueuse était très pâle et, au niveau de la région inter-aryténoïdienne, il se trouvait une large infiltration. Le 10 novembre, on a pratiqué une première injection : fièvre 39,7. Comme on n'observait pas de modification notable, on a fait, le 13, la seconde injection après laquelle l'infiltration diminuait d'un quart de son volume. Il ne restait qu'une saillie peu prononcée de la muqueuse; la largeur de l'infiltration était restée la même. Le 15, on avait fait la troisième injection. La largeur de l'infiltration diminue et l'infiltration paraît être déchiquetée.

Le 19, on pratique la quatrième injection. L'infiltration apparaît alors comme épaississement épidermoïde de la muqueuse.

2° On doit citer les phénomènes d'oppression. Cependant on n'a pas encore constaté de gonflements ou de dyspnée devant nécessiter la trachéotomie. Dans un cas de gonflement considérable de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, il n'y avait pas augmentation du gonflement.

B. Frænkel n'a fait lui-même des injections que depuis quatre jours et sur sept malades. Avant, c'est M. Cornet qui les a pratiquées sur ses malades. Il déconseille, au début, le traitement ambulatoire. Les malades qu'il observe ont été longtemps traités localement soit par le curetage (2 cas), soit par l'acide lactique (1 cas), soit par la pyoctanine (1 cas). En employant le remède de Koch, le larynx tuberculeux réagit comme le lupus de la peau. On voit, par conséquent, des gonflements considérables. Ainsi, dans un cas, on a vu sur la paroi postérieure du larynx un gonflement gros comme une fève qui fit, au premier aspect, l'impression d'un papillome. Dans d'autres cas, les cordes vocales et les bandes ventriculaires gonflaient considérablement. Tout ce qui est tuberculeux gonfle. C'est pour cela qu'il faut s'attendre à une sténose laryngée, et qu'il est bon d'avoir avec soi une trousse à intubation.

Le gonflement rétrocède bien vite, et le larynx prend un aspect meilleur qu'avant l'emploi du remède. Sur les parties autrefois curetées, il se montre de nouveau des gonflements après l'application du procédé de Koch. L'auteur termine en disant : « R. Koch nous a débarrassés de la phthisie laryngée ». L. L.

Communication sur l'action du médicament de Koch dans la tuberculose laryngée, par Hertel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, 27 novembre 1890.)

Les 18 malades de la clinique du professeur Gerhardt chez lesquels on avait employé le médicament de Koch se divisent en quatre catégories :

1° Les malades qui ne présentaient avant les injections aucune lésion laryngée, mais chez lesquels on en trouvait après le traitement de Koch;

2° Les malades qui présentaient des lésions laryngées probablement de nature tuberculeuse, lésions qui se modifiaient sous l'influence du traitement;

3° Les malades atteints de tuberculose laryngée chez lesquels les lésions rétrogradaient en partie, tandis que d'autres foyers

de la maladie qui auparavant n'avaient pas été aperçus, apparaissaient après les injections ;

4° Les malades, au nombre de deux, qui ne présentaient guère de réaction générale et aucune réaction locale.

L'auteur résume ses observations de la manière suivante :

Le traitement de Koch fait apparaître les lésions tuberculeuses partout où elles existent autant qu'elles peuvent être aperçues par le miroir laryngien. Le plus souvent, quelques milligrammes du médicament suffisent pour produire une réaction locale après un temps plus ou moins long. La réaction générale est plus ou moins intense et peut parfois faire défaut. La réaction locale se laisse suivre exactement par l'examen laryngoscopique.

Elle consiste d'abord dans une rougeur et un gonflement du tissu affecté. Ce dernier gonfle plus ou moins et se colore en rouge d'une manière variable. Après 24 heures à peine, le tissu gonflé et coloré en rouge se décolore. Le plus souvent il se couvre d'un enduit gris-blanchâtre en commençant par son milieu, tandis que le bord reste rouge, et il se produit une destruction qui débute également par le milieu.

Il se fait alors une ulcération en forme d'entonnoir. La destruction progresse du centre vers la périphérie ; les bords se décolorent également et, sans qu'on puisse observer une élimination de la surface, l'ulcération s'aplatit de plus en plus. Le tissu malade a l'air de s'affaisser et en même temps il survient une sécrétion plus ou moins forte de mucosités et de liquide des voies aériennes supérieures. Étant donné le temps très court de l'observation, on n'a pas encore pu constater une guérison, mais une amélioration de plus en plus croissante et une diminution des phénomènes de l'état local. L. L.

Communication sur l'action du médicament de Koch observée jusqu'à ces jours dans la tuberculose laryngée, par H. Krause. (*Therap. Monatsh.*, n° 12, décembre 1890.)

La durée de l'observation était de deux semaines et demie, et c'est chez quatorze malades que Krause a employé les injections du médicament de Koch.

L'affection tuberculeuse du larynx subissait sans aucun doute une réaction spécifique. On voyait apparaître une rougeur diffuse avec gonflement, et d'abord de l'augmentation, puis de la diminution de la sécrétion. On constatait de plus des hémorrhagies ponctiformes et diffuses, des altérations de contour,

des exfoliations superficielles et profondes, ainsi que des modifications du fond des ulcérations, dans ce sens qu'il s'en éliminait des enduits gris-blanchâtre laissant derrière eux une surface granuleuse de bon aspect. On voyait aussi la destruction et la résorption d'infiltrations tuberculeuses. On constatait avec certitude une tendance à la cicatrisation et à la guérison. Dans un seul cas, le malade montrait des gonflements et des œdèmes inquiétants du larynx. Étant donné le temps trop court de l'observation, une guérison complète n'a pu être remarquée ; mais on peut d'ores et déjà dire qu'une guérison sera possible en appliquant la méthode de Koch au début de l'affection. Dans les cas avancés, il faudra de la prudence et l'observation chirurgicale sera nécessaire dans beaucoup de cas, comme l'a indiqué, du reste, Koch lui-même.

Chez une malade âgée de 22 ans qui avait été traitée préalablement avec succès par le curetage de Hering, il est survenu une aggravation indiscutable par suite des injections sous-cutanées du remède de Koch.

Krause en trouve la cause dans ce fait que nous ne connaissons pas encore les limites de l'action du médicament et que nous ne savons pas encore quand une intervention chirurgicale doit être combinée avec les injections. Dans les autres cas, l'auteur constatait une amélioration sensible, et il donne l'histoire de plusieurs d'entre eux en décrivant les changements du larynx tuberculeux obtenus par la médication de Koch. L. L.

Rapport sur les quatre premiers cas de tuberculose laryngée, traités par la méthode de Koch à la clinique de Bergmann, par Grünwald. (*Münch. med. Woch.*, n° 48, 2 décembre 1890.)

Il s'agissait de trois cas graves d'ulcérations tuberculeuses du larynx et d'un cas de tumeur tuberculeuse à l'angle de réunion des cordes vocales.

Pour ce qui est d'abord du cas de tumeur tuberculeuse, on a pu constater que la tumeur, sous l'influence du traitement de Koch, se décolorait et gonflait. Il survenait de la dyspnée qui disparaissait avec l'élimination de la tumeur.

Chez les malades atteints d'ulcérations tuberculeuses, l'auteur a pu constater que les gonflements qui suivent les injections sous-cutanées du liquide de Koch étaient restreints sur les parties ulcérées ou infiltrées. D'après lui, on n'aurait pas à craindre un gonflement considérable et inquiétant des cordes vocales elles-mêmes, et on pourra toujours prévoir approxima-

tivement sur quelles parties apparaîtra le gonflement. Il faudrait cependant ne pas oublier qu'il peut exister dans le larynx des infiltrations et des destructions étendues qu'on est loin de soupçonner d'après l'examen laryngoscopique. Il ressort de ces observations qu'on fera bien, au moins jusqu'à nouvel ordre, de ne traiter les malades atteints de tuberculose du larynx que dans un hôpital où ils peuvent être rigoureusement surveillés. LICHTWITZ.

Un cas de tuberculose laryngée, rapidement guéri par le remède de Koch, par OPPENHEIMER. (*Deut. med. Woch.*, n° 49, 4 décembre 1890.)

La malade, âgée de 28 ans, est atteinte depuis deux ans de tuberculose pulmonaire avec bacilles dans les crachats. Elle souffre depuis le mois de septembre de cette année de fièvre continuelle avec sueurs nocturnes et de quintes de toux suivies de vomissement survenant six à huit fois par jour, surtout après les principaux repas. La toux continuelle et la voix aphone faisaient penser à une affection laryngée, mais, malgré une cocaïnisation répétée, il aurait été impossible de pratiquer l'examen laryngoscopique.

Après trois injections faites jour par jour de 1 milligramme du remède de Koch, la toux diminue et la voix s'éclaircit.

L'examen laryngoscopique devient possible et fait découvrir une excroissance grosse comme un grain de mil, d'une couleur bleu-rouge siégeant sur la partie antérieure d'une des cordes. Le reste de la corde est de couleur gris-rouge mais normal. Les bandes ventriculaires et les aryténoïdes sont normaux. Le jour suivant, l'excroissance avait disparu et la toux suivie de vomissement n'est plus revenue depuis lors.

La tuberculose pulmonaire ne montre pas, jusqu'à présent, de modification notable. LICHTWITZ.

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par THOST. (*Deut. med. Woch.*, n° 50, p. 1174, 11 décembre 1890.)

L'auteur rapporte six cas dont quatre traités à l'hôpital et deux à domicile, par les injections de la lymphe de Koch.

On était porté à croire, dit Thost, que dans les cas d'infiltrations, d'œdèmes et d'ulcérations très prononcées, on aurait à craindre des phénomènes inquiétants qui, peut-être, auraient contre-indiqué l'emploi du remède de Koch. Mais heureusement il n'en est pas ainsi. Le remède n'attaque que le tissu tuber-

culeux récent, qu'il mortifie. Tous les produits pathologiques qui accompagnent la tuberculose de la muqueuse laryngée, tels que inflammations, œdèmes et cicatrices, au contraire, n'en sont pas attaqués.

Après avoir communiqué avec tous les détails les deux cas de phtisie laryngée, Thost parle encore d'un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue, qui montrait de la réaction après avoir injecté 1 milligramme du médicament.

Il termine sa communication en disant : « Les infiltrations récentes deviennent visibles, s'éliminent, et tout le processus guérit et se cicatrise plus vite. LICHTWITZ.

De l'emploi du médicament de Koch dans la tuberculose, par B. FRÆNKEL. (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 52, 25 décembre 1890.)

Jusqu'à présent, l'auteur a employé le traitement de Koch dans 15 cas de tuberculose laryngée ou pharyngée, dans 7 cas de phtisie pulmonaire sans affection du larynx et dans 5 cas de lupus.

Avant de parler de l'effet de ce traitement, Frænkel donne quelques indications générales sur la dilution de la lymphe et sur son dosage. Il prépare, à l'aide de pipettes contenant de l'eau phéniquée à 1/2 0/0, trois solutions de la lymphe; une à 1, une à 2 et une à 10 0/0 afin de ne pas injecter trop de liquide quand la dose de la lymphe est plus élevée.

Il commence toujours par la dose de 1 milligramme, et il croit qu'avec une augmentation lente de la dose donnant le même résultat qu'une élévation rapide, on évite des complications. En général, il n'augmente la dose que quand la dose précédente ne donne plus de réaction.

L'antisepsie doit être scrupuleusement observée. Il s'agit non seulement d'éviter les abcès, mais il faut aussi se garder de l'emploi d'un liquide décomposé. Des micro-organismes se trouvant dans le liquide pourraient provoquer une fièvre septique qui simulerait une action générale de la lymphe.

Frænkel se sert de la seringue de Koch, qui permet une stérilisation facile ; mais il faut s'habituer à son maniement. Il ne regrette pas que le médicament ne soit fourni que par une seule station centrale. Si jamais on changeait ce mode de vente, on se demanderait chaque fois si le flacon vient de bonne source ; car la lymphe ne possède pas de qualités physiques ni chimiques pouvant nous garantir sa qualité.

Quant à l'action générale de la lymphe, il recommande de choisir une dose avec laquelle la fièvre n'atteint pas 39°.

A part la fièvre, on observe parfois des vomissements, de l'hébétude, des nausées, du manque d'appétit, des douleurs dans les extrémités, de l'exanthème, etc.

Le laryngoscope indique que l'action locale précède la fièvre. Frænkel croit que la fièvre provient de la résorption du tissu nécrosé et qu'elle n'est nullement nécessaire pour obtenir la guérison.

La réaction locale se montre sous trois formes différentes :

1° Il apparaît de la rougeur et du gonflement, mais celui-ci n'allait jamais jusqu'à produire de la sténose laryngée, pas même chez les malades dont le larynx s'était rétréci par suite de processus tuberculeux. Quelque temps après on voit le gonflement disparaître, et, avec lui, les infiltrations tuberculeuses.

2° Il se produit une destruction du tissu. Les infiltrations tuberculeuses prennent un aspect grisâtre, transparent, les couches superficielles s'éliminent, et on constate à leur place des pseudo-membranes blanchâtres, parfois jaunâtres. Au-dessous de ces membranes, le tissu se cicatrise, ou, fréquemment, s'exulcère; mais ces ulcérations n'ont pas de tendance à gagner du terrain; au contraire, elles tendent à disparaître.

3° Le tissu infiltré devient, après gonflement passager, opaque et jaune. Frænkel désigne cet état sous le nom de transformation caséeuse aiguë.

Souvent on voit apparaître l'une ou l'autre forme des altérations locales sur des parties qu'on avait cru être saines.

En résumant ces observations, l'auteur dit que chez tous ses malades il a pu constater une amélioration qui laisse espérer une guérison complète. LICHTWITZ.

Les expériences que j'ai faites dans mon service à l'hôpital Lariboisière avec le liquide qui me fut fourni par les professeurs Cornil et Bouchard ne donnèrent pas les résultats concluants constatés par les médecins allemands. Il est vrai que les doses employées étaient moins élevées, en raison du danger que je redoutais. J'ai poursuivi ces expériences pendant six à huit semaines et je me disposais à en publier les résultats, mais déjà, à ce moment, la méthode était battue en brèche par les travaux des médecins et anatomo-pathologistes allemands les plus compétents; aussi renonçai-je à continuer

ces expériences et même à les publier comme trop tardives, malgré tout l'intérêt qui eût pu en découler, étant, parmi les laryngologistes français, le seul qui pût les faire, chargé, comme je l'étais, d'un service de malades hospitalisés. Je puis dire que je fis mes recherches sur quelques malades atteints soit de laryngite tuberculeuse primitive grave, soit de laryngite tuberculeuse secondaire à la tuberculose pulmonaire, soit après la trachéotomie. J'ai pu constater l'apparition de la fièvre, des tuméfactions décrites par tous les observateurs, de l'exsudat blanchâtre disparaissant lentement, mais je n'ai jamais constaté d'amélioration locale à la suite du traitement. La maladie a suivi son cours et même chez la malade trachéotomisée, j'ai vu de l'aggravation. La dose de mes injections a été de 1/2 milligramme à 4 milligrammes. C'est dire que je n'ai jamais tenté d'employer les fortes doses administrées par nos confrères de l'Allemagne. A. GOUGUENHEIM.

Tumeurs tuberculeuses du larynx. Trachéotomie. Guérison, par W. ROBERTSON. (*British med. Journal*, 16 novembre 1889, page 1094.)

C. A..., âgée de 29 ans, se présente à l'hôpital à la fin de juillet 1889, se plaignant d'enrouement, toux, dysphagie et attaques de suffocation pénibles. Pas d'antécédents syphilitiques. Il y a huit mois qu'elle est aphone, et trois qu'elle souffre de dysphagie. A l'auscultation, on trouve une caverne au sommet droit, du ramollissement au sommet gauche. Au laryngoscope, l'épiglotte semble saine, les replis aryténo-épiglottiques sont hypertrophiés, pâles, et couverts d'ulcérations. Les cordes vocales, très rapprochées l'une de l'autre, sont également hypertrophiées et ulcérées. Le traitement adopté fut l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses, et des cautérisations à l'acide lactique. Il y eut fort peu d'amélioration; aussi, deux mois plus tard, en raison des accès de dyspnée, on dut recourir à la trachéotomie.

Depuis lors, la dysphagie et la dyspnée disparurent, l'état général de la malade devint beaucoup meilleur, sans que pourtant l'état de la malade fût notablement modifié. L'état des poumons s'améliora également, bien qu'on retrouve encore dans les crachats les bacilles de la tuberculose. C. HISCHMANN.

De l'innervation motrice centrale du larynx, par FÉLIX SEMON

et Victor Horsley. (*Brit. med. Journ.*, 21 décembre 1889, page 1383.)

Après une série d'expériences nombreuses faites sur différentes espèces d'animaux tels que chiens, chats, singes, lapins, etc., au point de vue de la recherche de l'innervation motrice centrale du larynx, les auteurs susnommés sont arrivés aux conclusions suivantes :

I. — Chez le singe, le chien et le lapin, il existe dans chaque hémisphère cérébral une zone spéciale affectée aux mouvements d'adduction des cordes vocales. Chez le singe, cette région est située immédiatement en arrière de la partie inférieure du sillon précentral, à la base de la troisième circonvolution frontale, tandis que chez les carnivores elle est située au niveau de la moitié antérieure du pied de la circonvolution frontale ascendante. En excitant ce point, on produit une adduction bilatérale complète des cordes vocales qui persiste aussi longtemps que l'on continue l'excitation. Si toutefois on prolonge l'expérience trop longtemps, le besoin de respirer l'emporte sur l'excitation artificielle et provoque un mouvement momentané, mais puissant, d'abduction des cordes vocales.

Chez le chat, les conditions sont différentes et les résultats ne sauraient encore être fixés définivement.

II. — Il n'a pas été possible de déterminer une zone corticale affectée aux mouvements d'abduction des cordes vocales.

III. — Si l'on vient à exciser complètement l'une des zones corticales affectées à l'adduction et que la cicatrisation se produise à la suite d'un pansement aseptique, on n'observe pas de paralysie consécutive, et, si l'on vient à exciter la zone restée intacte, les mouvements bilatéraux se produisent comme si le côté opposé était demeuré intact.

IV. — Une excitation considérable ou longtemps continuée de la zone laryngée détermine une véritable épilepsie des cordes vocales, qui s'étend peu à peu aux muscles voisins de la face, du cou, de la tête et des membres supérieurs.

V. — L'excitation du noyau accessoire dans la moelle allongée ne saurait produire autre chose que l'abduction des cordes vocales.

On en peut tirer cette conclusion que l'abduction des cordes vocales est un acte automatique, tandis que l'adduction est sous la dépendance de la volonté, ce qui fait qu'une paralysie des abducteurs vocaux se produit plus nécessairement sous l'in-

fluence d'une lésion organique, tandis que la paralysie des adducteurs est plutôt un trouble fonctionnel. C. HISCHMANN.

Périchondrite suppurée du larynx, sans affection antérieure de l'organe, par DAVID NEWMAN. (*Brit. med. Journ.*, 29 mars 1890, p. 717.)

Il s'agit ici d'une périchondrite primitive du larynx, survenue chez une femme de 45 ans, à la suite d'un refroidissement contracté dans un lit humide, suivant le dire de la malade. A son entrée à l'hôpital, on constate de la dyspnée inspiratoire, de la toux avec expectoration muqueuse abondante. A l'examen laryngoscopique, œdème des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales supérieures; on aperçoit seulement la corde vocale inférieure gauche qui paraît immobilisée. L'auscultation ne révèle rien du côté des poumons.

Le mois suivant survinrent des accès violents de dyspnée, et bientôt après elle succomba subitement. A l'autopsie, on trouva immédiatement au-dessous de la corde vocale droite un abcès peu volumineux qui s'étendait presque jusqu'à l'origine de la trachée. Les cartilages cricoïdes sont dénudés à leur partie postérieure.

L'auteur a vu deux autres cas analogues, dans lesquels il fut presque impossible de déterminer s'il s'agissait d'une laryngite tuberculeuse primitive ou d'une simple périchondrite.

C. HISCHMANN.

Sténose laryngée causée par l'adduction forcée des cordes vocales chez un malade atteint de cancer de l'œsophage, par BLACKMAN. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril 1890, p. 837.)

M. Blackman rapporte l'histoire clinique d'un homme de 51 ans atteint depuis quatre mois de dyspnée avec respiration bruyante et accès de suffocation fréquents. A l'extérieur, il semblait que le larynx fût sensiblement augmenté de volume du côté gauche. Près du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche, il y avait un ganglion volumineux. Rien à l'auscultation. Le malade expectorait en abondance un mucus spumeux; la déglutition était fort pénible. Au laryngoscope, on constata que les cordes vocales étaient fixées sur la ligne médiane, et qu'il y avait entre elles un écartement très faible. La muqueuse recouvrant le sommet des cartilages aryténoïdes était notablement œdématiée; cependant il n'y avait pas une dyspnée assez considérable pour nécessiter la trachéotomie.

Le malade succomba, et, à l'autopsie, on trouva un cancer de la portion supérieure de l'œsophage, englobant les nerfs recurrents; les articulations crico-aryténoïdiennes étaient ankylosées par suite de la propagation du processus inflammatoire circumvoisin.

C. HISCHMANN.

Le spasme de la glotte, par le Dr Gay. (*Brit. med. Journ.*, 29 mars 1890, p. 729.)

L'asthme de Kopp a été expliqué par bien des théories : tantôt il a été attribué à l'hypertrophie du thymus ou des ganglions trachéo-bronchiques, tantôt à une augmentation de volume du foie qui empêcherait la descente du diaphragme dans les mouvements respiratoires.

Pour Hughlings Jackson, le spasme est dû à une perversion du rythme respiratoire ordinaire chez les individus rachitiques.

Alfred Mantle pense que, dans un certain nombre de cas, l'attaque est occasionnée par une élongation hypertrophique de la luette, et il cite à ce sujet le cas d'un enfant de 8 ans qui guérit complètement à la suite de l'excision de l'organe. Pour Lennox Browne, le spasme est plutôt causé par des végétations adénoïdes du naso-pharynx.

M. Gay part de ce principe que le spasme glottique est une convulsion respiratoire dont le point de départ est la portion centrale qui préside à l'adduction des cordes vocales ; ce centre est profondément influencé par toute cause émotive. Or, les enfants sont les plus émotifs de tous les sujets. Si les attaques ont lieu plus fréquemment pendant le sommeil, c'est qu'à ce moment les origines du spinal sont plus susceptibles d'être influencées par les réflexes, par suite de l'abolition du contrôle personnel; il en est ainsi pour les centres génito-urinaires. En effet, c'est pendant la nuit que se produisent la spermatorrhée, l'incontinence d'urine, etc.

En somme, comme l'a signalé Hughlings Jackson, c'est la fonction respiratoire qui est la plus développée chez les enfants, et la moins soumise à leur contrôle; ajoutez à cela que la glotte est fort rudimentaire chez eux.

C. HISCHMANN.

Syphilis laryngée, par Vasily Tchernoff. (*Compte rendu de l'hôpital Sainte-Olga, pour enfants*, 1888, in *Journ. of Laryng.*, 1889, n° 10.)

Chez un enfant de 7 ans complètement aphone, respiration

difficile, douleur de poitrine. Condylome syphilitique à l'anus ; au larynx, syphilis manifeste. Guérison par le traitement spécifique et le nitrate d'argent. Les affections syphilitiques du larynx sont une complication très rare chez les enfants. R. L.

Corps étranger de la trachée, par WHARTON. (*Med. News*, 13 avril, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 10, 1889.)

Fait d'une épingle à châle, en cuivre, à longue tête, restant dans la trachée pendant dix jours et enlevée sept heures après trachéotomie ; hémorrhagie profuse venant de la trachée et expulsion d'un grand nombre de caillots fibrineux. R. L.

Hémorrhagie fatale par érosion de l'artère anonyme après trachéotomie, par GANGHOFNER. (*Prag. Med. Woch.*, 1889, in *of Journ. Laryng. and Rhin*, n° 10.)

1° Une jeune fille de 7 ans fut trachéotomisée pour diphthérie. Onze jours plus tard, quand l'enfant sembla être guérie, mort subite par hémorrhagie buccale, nasale, et par la canule. Le décubitus avait causé la perforation de la trachée et de l'artère par la canule.

2° Un petit malade de quatre ans et demi, trachéotomisé pour le même motif, dut garder sa canule par suite d'un rétrécissement dû à des granulations. Vingt jours plus tard, mort subite par hémorrhagie. L'autopsie montra une ulcération de la trachée perforant l'artère située plus haut que normalement.

R. L.

État des voies aériennes chez les lépreux des Indes occidentales (Guyane anglaise), par JOHN D. HILLIS. (*Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 1, 1890.)

Les léproseries sont situées à l'embouchure de la rivière Mahaica, dans l'Atlantique, et exposées aux vents du nord-est qui règnent neuf mois de l'année.

Environ 6,000 livres (150,000 fr.) sont annuellement votés par le pays pour leur entretien, et il y règne tout le confort possible. Viande fraîche quatre fois par semaine, lait et légumes frais en abondance. Un surintendant, qui est médecin, y est attaché, avec un nombreux personnel, sans oublier l'aumônier et un maître d'école. Les lépreux habitent des maisons séparées en échelons, avec plus de 1,000 pieds cubes d'air par habitant, entourées de murs et de jardins bien entretenus. Il n'y a cependant pas d'isolement obligatoire; au grand déplaisir des

gens du pays, les lépreux peuvent circuler comme bon leur semble, et, par suite, la lèpre augmente beaucoup dans la Guyane anglaise.

En 1887, il y a eu 430 hommes et 99 femmes; 69, c'est-à-dire 19 0/0, moururent pendant l'année, dont 2 seulement ont succombé à des affections lépreuses de la gorge.

Dans la lèpre tuberculeuse, il y a presque à chaque fois perte de la sensibilité du voile du palais et du pharynx ainsi que du nez, ou d'une seule de ces parties. Il n'y avait pas, chez les sujets examinés, de nécrose centrale; chez tous, les cordes vocales agissaient bien dans la phonation. Le nez est toujours pris le premier, mais toujours, tôt ou tard, la gorge est prise; cela se fait plus tard dans la Guyane que dans les climats froids comme la Norvège.

Des complications graves de la gorge peuvent exister sans beaucoup compromettre la respiration du malade. On a rarement besoin de recourir à la trachéotomie, quoique, après la mort, le calibre des voies aériennes soit sérieusement diminué.

Dans tous les cas de Hillis l'épistaxis a été le premier signe de la maladie.

Dans la gorge, on trouve partout des tubercules en différent degré de développement. La luette n'est affectée que dans les formes tuberculeuses.

Il faut mentionner l'état de pâleur de la gorge, à une période précoce déjà, comme si le malade souffrait d'anémie pernicieuse; c'est là un état transitoire.

L'épiglotte dans la même forme est toujours prise, mais tard.

R. L.

Laryngite catarrhale aiguë, par HALL DE HAVILAND. (*Lancet*, 23 novembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 1, 1890.)

Chez cette femme, âgée de 56 ans, les signes de sténose du larynx se développèrent très rapidement. Gonflement considérable de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques, des cordes vocales ; pharynx et amygdales normaux. Albuminurie et congestion légère de la base. Haviland scarifia largement; sac de glace, iodure et bromure de potassium ; guérison rapide. R. L.

Vertige laryngé, par ARMSTRONG. (*Med. News*, 8 juin 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 1, 1890.)

Aux 20 cas déjà publiés par divers, Armstrong rapporte l'histoire d'un homme vigoureux d'environ 45 ans, garrotté en 1875.

En 1876, il fut soudainement pris d'un saisissement à la gorge. tout tourna autour de lui, il devint inconscient et resta ainsi une minute, la figure écarlate; en reprenant ses sens, il sentit des nausées. Depuis il eut plusieurs attaques de toux sèche, suivies de perte de connaissance, durant de quelques secondes à une minute. Jamais il n'avait eu de symptômes épileptiques, ses antécédents de famille sont bons. L'excitation nerveuse, la fatigue, des pièces surchauffées augmentèrent les accès. Symptômes d'asthme; larynx simplement congestionné près des aryténoïdes et fausses cordes, avec, cependant, laryngite aiguë par intervalles. Fente glottique normale d'aspect et d'innervation. Iodure de potassium, bromure de sodium très utiles.

Armstrong penche vers la théorie nerveuse plutôt que d'admettre que la toux brève trouble l'oxygénation du sang au point de causer la perte de connaissance, et préfère le terme de « syncope du larynx » à l'épilepsie du larynx. R. L.

Cas de paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par SEMON. (*Soc. de méd.*, 25 novembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 1, 1890.)

Une femme de 49 ans devint aphone il y a dix-huit mois; six mois après la voix revint graduellement, mais survint une dyspnée, seulement respiratoire, quelquefois allant jusqu'à une asphyxie menaçante. Paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte. Après insuccès de l'iodure de potassium on fit la trachéotomie; pas de cause visible de la paralysie. Semon suppose que c'était un cas de paralysie rhumatismale complète de deux nerfs récurrents laryngés; que les adducteurs avaient guéri plus vite que les abducteurs, ceux-ci étant pendant la convalescence devenus sujets à une contracture paralytique qui leur était restée. R. L.

Trichines des muscles de la langue et du larynx, par F. G. FINLEY. (*Traus. of the Montreal Med. chir. Soc.*, 19 avril 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 1, 1890.)

Les trichines enkystées occupaient les muscles du larynx d'une femme de 45 ans; sauf la langue, il n'y en avait pas ailleurs. L'œil les voyait sous forme de petits grains jaunâtres. La femme mourut d'urémie, sans qu'on soupçonnât la trichinose. R. L.

Laryngo-fissure pour tumeur de larynx, par SHALÏTA G. SE-

MION. (*Vratch.*, 1889, n° 17, p. 389, in *Journ. of Laryng. and Rhin,* n° 1; 1890.)

L'auteur rapporte un cas intéressant où le développement consécutif de deux tumeurs obligea à une double thyréotomie; il conclut de son cas et de ceux d'autrui que :

1° La laryngo-fissure est absolument indiquée dans tous les cas de tumeurs malignes du larynx quand celles-ci sont circonscrites et non accompagnées par infiltration des tissus adjacents ;

2° Elle est indiquée aussi bien dans les cas de tumeurs suspectes que dans les bénignes, quand ces dernières sont multiples et ont de larges insertions;

3° Il faut y recourir dans les cas de tumeurs du larynx chez les enfants au-dessous de dix ans;

4° Dans les cas malins, opérer aussi vite que possible ;

5° Toujours enlever la tumeur avec les tissus sous-jacents;

6° L'opération bien faite (opération strictement médiane, sutures bien ajustées, antisepsie, etc.), la règle est que la voix reste satisfaisante et la vie n'est pas menacée. R. L.

Statistique des opérations sur le larynx, par SALZER. (*Laugenbeck's Arch.*, B. 39, H. 2, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

L'auteur a précédemment publié un compte rendu des opérations faites dans la clinique de Billroth de 1870 à 1881 et rapporte onze opérations depuis lors :

1° Malade de 5 ans, accès d'asphyxie, dyspnée depuis six mois. Au laryngoscope, larynx plein de papillomes. Laryngofissure, ablation des papillomes avec la corde vocale droite (ciseaux de Cooper). Guérison, la voix resta chuchotée.

2° Chez un malade de 55 ans, Schrœtter diagnostiqua un carcinome de la moitié gauche du larynx; extirpation, canule enlevée après quatorze jours. En 1887, traitement par les bougies pour sténose du larynx guérie rapidement. En 1888, pas encore de récidive; voix forte quoique enrouée.

3° Chez un malade âgé de 51 ans, où Schrœtter avait diagnostiqué un carcinome de la moitié droite du larynx, Billroth fit l'extirpation partielle. Mort douze heures après.

4° Malade de 54 ans, tumeur de la corde ventriculaire droite, diagnostiquée carcinome; guérison, mort deux mois après de paralysie du cœur.

5° Malade de 18 ans, opéré quatre ans avant pour papil-

lomes. Stœrk enleva une tumeur grosse comme un pois de la corde vocale droite. Hémorrhagie profuse. Billroth, deux ans après, fit l'extirpation partielle. Mort deux mois après d'affection pulmonaire.

6° Malade de 50 ans, carcinome de la corde vocale droite ; extirpation de la moitié gauche du larynx. Conservation d'assez de muqueuse pour faire une nouvelle corde vocale. Guérison. Voix forte. La nouvelle corde ressemble à l'ancienne.

7° Malade de 53 ans, même diagnostic. Guérison après ablation de la corde et de la tumeur. Après quelques mois, récidive.

8° Malade de 48 ans, carcinome de l'œsophage et du larynx, avec une glande infectée au cou. Ablation du larynx et de la portion antérieure du haut de l'œsophage. Vit encore, malgré récidive.

9° Malade de 56 ans, carcinome du côté droit du larynx. Extirpation du cartilage thyroïde et de la tumeur. Mort.

10° Malade de 65 ans, carcinome glandulaire, gonflement et infiltration du cartilage aryténoïde droit. Dyspnée telle, qu'il fallut trachéotomiser à travers le ligament corroïde. Après plusieurs jours, résection du larynx, extirpation de la tumeur. Guérison, mais récidive quelques mois après.

11° Malade de 59 ans, carcinome de la moitié droite du larynx. Extirpation, guérison. Voix forte, enrouée.

Suit un tableau des cas où Billroth a fait la résection ou l'extirpation du larynx. L'extirpation radicale du larynx entier n'a pas été faite pendant les neuf dernières années, car on a toujours pu conserver quelques portions saines. Durant les quatre dernières années et demie on a opéré pour carcinome :

2 laryngo-fissures ; 1 guérison ; 1 mort.

8 extirpations partielles ; 2 morts ; 2 récidives encore vivantes.

La statistique de tous les cas montre :

10 laryngo-fissures ; 3 morts post-opérat. ; 3 opérés deux fois, 1 récidive, 2 vivants sans récidive, 1 douteux.

8 résections ; 5 morts, 1 récidive encore vivant, 2 guéris.

3 résections compliquées partielles. Dans toutes il y eut récidive.

4 extirpations totales. Mort dans tous les cas.

Pour la valeur de l'opération, Billroth remarque que l'extirpation du larynx n'est pas encore assez bien comprise pour que l'on puisse tirer des statistiques un résultat très exact de la mortalité opératoire, mais on peut accorder que pendant les quelques dernières années les résultats ont été meilleurs que

dans la période de début. Cependant, des statistiques exactes concernant les particularités propres des cas et des opérations seront très instructives pour l'avenir. R. LEUDET.

Onze cas d'intubation chez des jeunes enfants, par STAVELEY. (*Lancet,* 16 novembre 1880, in *Journ. of Laryng. and Rhin.,* n° 3, 1890.).

Sur ce nombre et cinq autres, il y eut neuf morts et sept guérisons. La moyenne des décédés était au-dessous de deux ans ; ceux des survivants, cinq ans. R. L.

Des lésions de la gorge dans le rhumatisme chronique, par FLETCHER INGALS. (*Journ. of Laryng. and Rhin,* n° 4, 1890.)

Affection dite à tort laryngite rhumatismale chronique parce qu'elle affecte ordinairement le larynx ; mais, dans beaucoup de cas, elle envahit en même temps les piliers, l'os hyoïde et peut-être la trachée ; parfois le larynx est entièrement intact. L'auteur n'a pas vu décrite cette affection avant la description donnée par lui au Congrès de Washington en 1887. Elle survient de préférence au printemps et chez les hommes ; chez des adultes de 20 à 60 ans, de toutes classes.

Pas d'autres caractères anatomiques qu'une congestion légère variable, elle peut frapper subitement, mais ordinairement le malade s'en plaint pendant des mois avant de consulter; celui-ci craint et on lui diagnostique toutes sortes d'affections telles que tuberculose, syphilis, cancer. La santé générale est indemne ; la douleur, localisée à la corne de l'os hyoïde, plus souvent à droite. Par ordre de siège viennent ensuite le larynx, la trachée, les amygdales, la base de la langue.

Voix ordinairement intacte, douleur peu marquée.

Le diagnostic se fait par l'inspection soigneuse des parties, par la marche de l'affection et par les résultats du traitement.

Le diagnostic avec les varices, l'hypertrophie des glandes de la base de la langue, l'amygdalite ou glossite folliculaire, la syphilis, la tuberculose, l'angine des fumeurs, l'angine névralgique, le cancer, est longuement discuté.

A moins de traitement, la maladie peut durer plusieurs mois et même plusieurs années, mais la vie n'est pas en danger.

Le traitement, sans oublier la prophylaxie très importante, consiste en applications de teinture d'aconit, de sulfate de zinc ; la morphine soulage souvent beaucoup. R. L.

Physiologie des muscles de la glotte, par HERMANN et MEYER.

(*Arch. f. Anat. u. Phys.*, nos 5 et 6, 1889, in *Journ. of Laryng.*, no 4, 1890.)

Les muscles thyro-aryténoïdiens et crico-aryténoïdiens ferment la glotte, et, au maximum, peuvent amener les cordes vocales du côté opposé au point de fermer complètement. La glotte respiratoire est formée par le processus vocal et représente un diverticulum de la trachée, fermé par les muscles ary- et thyro-arythénoïdiens. Tous les sept muscles sont nécessaires pour fermer complètement la glotte. R. L.

Paralysie des cordes vocales et goitre, par Steinthal. (*Würtemberg Med. Corresp.*, no 1, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, no 4, 1890.)

A deux cas publiés par Seitz et Rehn, Steinthal ajoute les siens. Trachéotomie sur un asphyxiant conscient ; la respiration cessa après incision de la peau, grande hémorrhagie veineuse. Le malade s'améliora après quelque temps. Le lendemain on opéra un goitre dont il était porteur sans achever la trachéotomie, et quatorze jours après il guérit. L'attaque a dû être un spasme de la glotte. R. L.

Contribution au traitement par le menthol de la tuberculose du poumon et du larynx, par Ossendowsky. (*Vratch*, no 3, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, no 5, 1890.)

Expériences sur 12 cas de tuberculose du poumon, sur 15 cas de tuberculose du larynx. Chez les pulmonaires, le remède était administré à l'intérieur en même temps qu'en inhalations. Chez les laryngés, on faisait de plus des badigeonnages.

Voici les principaux résultats : en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, le traitement est suivi d'une amélioration considérable de l'état général : augmentation de l'appétit, expectoration facile et diminuant de quantité ; le remède n'expose pas à l'irritation rénale, ni à l'hémoptysie. Pour la tuberculose du larynx, le menthol possède indubitablement une action analgésique considérable, vu le soulagement considérable ressenti après chaque application locale, qui diminue l'inflammation et les infiltrations ; les ulcérations superficielles ont une tendance à guérir, mais non les profondes. Il semble préférable de commencer toujours avec une solution à 10 0/0, et d'augmenter petit à petit la dose, les solutions fortes (40 et 50 0/0) pouvant causer de l'irritation locale. Enfin, pour obtenir un succès, associer toujours le traitement local et général.

Pour terminer, Ossendowsky a vu chez deux phthisiques et chez un homme bien portant le menthol augmenter l'acidité du suc gastrique, aussi bien que le pouvoir absorbant et moteur de l'estomac. R. L.

Extirpation d'hygroma du larynx, par Tolmatcheff. (*Meditzinskoië Obozrenië*, n° 11, 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Paysanne de 40 ans, élargissement du cou datant de six ans. Tumeur sous-cutanée indolore, molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule, très adhérente à la partie inférieure du larynx. A la ponction, liqueur jaunâtre, claire. Après extirpation, on constata un kyste provenant d'un papillome annulaire de la dimension d'un shilling, proliférant sur la paroi externe du larynx ; cette végétation enlevée au ciseau, la base fut touchée au thermocautère. Hémorrhagie abondante arrêtée par le tamponnement et la glace. La blessure guérit en 26 jours.

R. L.

Un cas d'enlèvement difficile de la canule surmonté par l'intubation, par Andersen. (*Hospitalstidende*, 19 février 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Enfant de 2 ans et demi, pris de suffocation à l'enlèvement de la canule. Intubation par la méthode D'O' Dwyer. Guérison de la plaie de trachéotomie faite pour le croup ; enlèvement après quelques jours de l'autre tube. Respiration restée libre. R. L.

Des causes des sténoses du larynx chez les enfants trachéotomisés, par Fleiner. (*Virch. Arch.*, B. 16, H. 154, in *Journ. of Laring. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Autopsie d'un enfant mort de suffocation après port de la canule pendant deux ans. Causes préventives à l'enlèvement de la canule : paralysies des muscles de la glotte, sténose des voies aériennes dues à des granulations, à des inflammations aiguës ou chroniques de la muqueuse, à la destruction des cartilages et à une fausse direction de la plaie. L'incision étant trop large ou trop petite, ou bien pas sur la ligne médiane, le cartilage peut presser sur la trachée ou peut n'être courbé. Même chose peut se faire par une mauvaise canule cômprimant la paroi postérieure. R. L.

Paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par

SAUNDBY. (*Birmingham med. Rev.*, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5.)

Femme de 53 ans, souffrant depuis 8 jours de légère irritation dans la gorge et de quelque difficulté à avaler, sans avoir pris froid, ni avoir blessé le larynx. Cyanose marquée, dyspnée intense à l'inspiration. Cordes vocales rapprochées, ne se séparant que très peu, pendant les efforts violents d'inspiration. Pas de traces de bronchocèle, de tumeur cervicale ou thoracique, ni de compression sur les nerfs vagues ou récurrents, ni de signes d'affection biliaire. Réflexes du genou et pupillaires normaux. Outre une faiblesse du cœur et de la respiration, rien dans le thorax. Trachéotomie. Pas d'amélioration; onze mois après la canule était encore portée. R. L.

Corps étranger de la bronche droite, par BONDESON. (*Med. Soc. de Copenhague*, 5 février 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5.)

Un garçon de 3 ans fut subitement pris de gêne respiratoire en jouant avec des graines de ceratonia siliquia. Douze heures plus tard (l'enfant avait eu dans l'intervalle des accès de dyspnée avec intervalles de bien-être), on fit la trachéotomie très bas, sans rien trouver. Douze heures après encore, la dyspnée continuelle avec cyanose et collapsus, la perte du fonctionnement de toute la bronche droite, y firent diagnostiquer un corps étranger. Une pince à polype fut introduite par la plaie de la trachéotomie dans la profondeur de la bronche droite et on retira une graine très augmentée de volume. Guerison complète en une quinzaine. R. L.

Noyau de prune dans la trachée, par O. NEILL (HENRY). (*Britisch. med. Journ.*, 16 novembre 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Garçon de 6 ans, pris, après avoir avalé ce corps, de quelques attaques violentes de toux, sans autres signes de maladie. Trachéotomie, puis l'enfant fut mis les pieds en haut, frappé fortement entre les épaules, et, dans une quinte de toux, le noyau sortit par la plaie, maintenue béante par un dilatateur. Guérison. R. L.

Traitement de plusieurs cas de polypes du nez,
par A. MILLIGAN. (*Brit. med. Journ.*, 16 novembre 1889, p. 1092.)

Ayant remarqué l'inefficacité fréquente du traitement ordi-

naire des polypes muqueux du nez, où l'on se borne à les enlever à l'aide de pinces au fur et à mesure qu'ils se produisent, A. Milligan résolut de tenter, suivant la recommandation de Jacobson, une opération plus radicale. Le malade étant endormi à l'aide du chloroforme, la tête penchée hors du lit pour faciliter l'écoulement du sang nasal, il arrache avec une pince solide les cornets supérieur et moyen, aussi complètement que possible. Ces os étant enlevés, on découvre souvent une quantité innombrable de petits polypes qui grossissent peu à peu, et on peut en pratiquer l'ablation totale et se mettre à l'abri de toute récidive ultérieure. C. HISCHMANN.

Larves de mouches dans les fosses nasales, par JOAQUIN JACOBSEN (de la Havane). (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre 1889, page 1238.)

Un laboureur, âgé de 27 ans, était entré à l'hôpital, souffrant depuis deux mois d'un écoulement nasal chronique, accompagné de cuissons et de démangeaisons très vives. Plusieurs fois il avait constaté dans le mucus qui s'écoulait la présence de larves vivantes, et une fois il vit sortir de son nez une petite mouche bleue. La muqueuse nasale était baignée par le pus, et uniformément congestionnée et ulcérée. La voûte palatine présentait une ulcération irrégulière d'un centimètre et demi de diamètre, qui faisait communiquer les fosses nasales avec la bouche.

Le traitement consista en irrigations d'eau phéniquée à 1 0/0, faites trois fois par jour; le second jour on fit des lavages à la benzine, puis, toutes les larves étant sorties, on revint aux injections phéniquées. Ces larves appartenaient à la lucilie hominivore. Le malade put guérir complètement. C. HISCHMANN.

Hématome du septum nasal, par JAMES B. BALL. (*Brit. med. Journ.*, 25 janvier 1890, page 178.)

Il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans qui fut conduit au West London Hospital, pour de soi-disant polypes du nez. La cavité de l'organe était très élargie, chaque narine étant occupée par une tumeur rougeâtre, lisse d'aspect, faisant saillie au dehors et empêchant complètement tout passage. Les tumeurs étaient à peu près symétriques, cependant celle du côté droit était un peu plus volumineuse que l'autre. Ces tumeurs étaient survenues après une chute que l'enfant avait faites trois semaines auparavant. Il n'accusait aucune douleur et il n'y avait pas de

réaction inflammatoire. Il s'agissait bien d'un hématome qui disparut spontanément sous la seule influence de lotions.

C. HISCHMANN.

La question des anesthésiques dans les ablations de tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, par Henri Davis. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril 1890, p. 835.)

Depuis que Wilhelm Meyer, de Copenhague, a décrit les tumeurs adénoïdes du naso-pharynx et a démontré que leur ablation amenait très souvent la guérison de la surdité chez les jeunes enfants, l'attention des auristes et des laryngologistes a été de plus en plus attirée sur ce sujet. Après l'opération simplement exécutée avec un aide qui maintenait la tête de l'enfant, on a eu l'idée de recourir à l'emploi des anesthésiques. Les uns ont eu recours au protoxyde d'azote, les autres à l'éther ou au chloroforme ; et il est certain que chez un jeune enfant la vue des préliminaires de l'opération, du forceps, la palpation du naso-pharynx à l'aide du doigt, ne sont pas faites pour l'encourager à se laisser faire sans résistance.

Pour mon compte, je donne la préférence au procédé suivant. L'anesthésie est pratiquée soit par l'éther, soit par le chloroforme additionné d'une légère proportion d'alcool absolu. On cherchera à obtenir un sommeil plus ou moins profond, selon la gravité de l'opération que l'on voudra entreprendre. Le patient sera couché sur le dos, la tête soulevée au-dessus de la table, de façon à empêcher l'écoulement du sang dans le larynx.

En agissant ainsi, le chirurgien pourra opérer avec plus de sûreté et le malade ne souffrira point inutilement. C. HISCHMANN.

Empyème de l'antre d'Highmore, dû à la croissance d'une molaire dans la cavité, par Spitza. (*Wiener med. Woch.*, n° 49, 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1890).

Garçon de 10 ans; moitié droite de la face œdématiée. Sur la joue droite, fistule ; œil saillant en avant. Une molaire cariée fut extraite sans résultat. Après, incision de la joue; dans la cavité, un fragment d'os mobile fut senti. Pour le retirer, on perfora au ciseau l'alvéole de la dent extraite ; il sortit par là une dent molaire. Guérison rapide ; une nouvelle dent apparut à l'ouverture, bouchant toute communication.

Un cas d'angiome ossifiant dans l'antre d'Highmore, par Lucke.

(*Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, B. 30, H. 1, 2, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1890.)

Malade de 26 ans; vives douleurs et œdème de la moitié droite de la face. Sécrétion jaunâtre par la narine droite. Dans la bouche, saillie perçue de la mâchoire supérieure. Après perforation, hémorrhagie abondante nécessitant de tamponner.

Plus tard, nouvelle incision, ablation d'un fragment de la paroi antérieure, tumeur granuleuse, hémorrhagies violentes succédant à l'ablation; tampons laissés en place quatre semaines. Guérison. R. L.

Troubles d'origine nasale, par WOOLEN. (*The Americ. Prac. and News*, 8 septembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 4, 1890.)

L'auteur traite des troubles réflexes d'origine nasale et pense que l'hypertrophie de l'extrémité antérieure des cornets inférieurs, blanc pâle pendant les attaques, est le facteur local essentiel de la fièvre des foins. Dans l'asthme spasmodique, le mal réside toujours dans la région postérieure du nez et ses environs; il est dû spécialement à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets; exceptionnellement des moyens qui, ou bien touchent la cloison, ou se recourbent et touchent la paroi externe du nez.

Tous ceux qui ont ces altérations nasales n'ont pas de troubles réflexes, il faut la prédisposition.

Woolen fait allusion à l'ethmoïdite nécrosique de Woakes, dont il a vu des cas, et pendant que beaucoup de soi-disant migraines sont dues à l'obstruction du nez et à la compression nerveuse. R. L.

Fibro-sarcome provenant de la région sphéno-maxillaire, par SCHULTEN. (*Finska Läk. Handlingar*, mars, p. 271, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Tumeur enlevée par la curette tranchante introduite par le nez, dilaté par incision. Hémorrhagie profuse; guérison. R. L.

Névroses réflexes d'origine intra-nasale et pharyngée, par ABRAMSON. (*Proced. of the Kovno med. Soc.*, 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5.)

1° *Epilepsie*. Fille de 13 ans, mère hystérique; attaques épileptiques nocturnes depuis l'âge de 6 ans, trois à quatre fois la semaine, malgré traitement habituel. Respire la bouche ouverte.

Rhinite hypertrophique chronique; très considérable augmentation des deux cornets inférieurs gauche et du moyen droit. Huit cautérisations en trois semaines avec l'acide chromique amenèrent après quatre mois la cessation des attaques ; à ce moment, coryza aigu violent, une attaque. Guérison complète après encore trois cautérisations (depuis il s'est passé environ un an et demi sans attaques).

2° *Catalepsie*. Fille de 13 ans, famille hystérique. Graves attaques de catalepsie se suivant pendant deux jours. A l'examen, rien qu'une rhinite chronique avec hypertrophie des cornets inférieurs. Traitement : badigeonnage avec une solution de cocaïne à 5 0/0; lavages des fosses nasales avec l'acide borique et la sonde deux fois par jours. Cessation immédiate et complète des attaques. Durée de la curo : un an.

3° *Asthme bronchique*. Femme de 46 ans; accès d'asthme très tenaces presque chaque nuit et chaque jour pendant quatre ans en dépit de tout traitement. A l'examen attentif, rien d'anormal, excepté une rhinite hypertrophique chronique. Cautérisations à l'acide chromique. Amélioration frappante après trois séances, guérison après six. (Depuis un an et demi, pas de récidive.)

4° *Migraine*. Fillo de 19 ans, hémicrânie fréquente tantôt à droite, tantôt à gauche, depuis douze mois. Rien qu'une hypertrophie des cornets inférieurs. Guérison complète après 8 applications d'acide chromique.

5 *Hoquet*. Garçon de 8 ans; hoquet toute la journée, cessant la nuit, pendant quatre semaines. Pharyngite granuleuse. Disparition après deux badigeonnages de cocaïne à 3 0/0. Pas de rechute.

6° *Hoquet*. Garçon de 10 ans. Hoquet violent de cause comme ci-dessus, cessant par une seule application de cocaïne. R. L.

Rapport sur une épidémie d'amygdalite diphthéritique à Eton College en septembre 1889, par James W. Gooch. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars 1890, p. 474.)

Cette épidémie fut attribuée au début à la température brumeuse, froide et humide de septembre ; cependant, bien que la saison s'améliorât, le nombre des cas alla en augmentant, et ils devinrent extrêmement sérieux. Ne pouvant pas incriminer le service des eaux, qui était fort bien fait, l'auteur eut l'idée d'examiner le lait qui était fourni aux élèves. Il apprit qu'une partie de ce lait provenait d'une ferme où il y avait des cas

d'amygdalite suspecte. Il visita la ferme et apprit que quelques-unes des vaches avaient bu depuis le mois de juillet de l'eau provenant d'un égout puant où se déversaient les eaux d'une ville voisine. Or, dans ledit collège il y avait eu au mois de juillet quelques cas de diphthérie ; mais, à cette époque, on n'avait pas songé à suspecter le lait.

L'épidémie disparut en octobre, époque où les vaches ramenées à la ferme cessèrent de boire de l'eau contaminée.

Il est probable que l'épidémie a été causée par l'eau en question, dont on se servait également pour rincer les seaux à lait ; et, cependant, il est à remarquer que les vaches elles-mêmes n'ont jamais été contaminées. Le lait a servi d'agent vecteur des microbes, car on dut constater que dès qu'on prit la précaution de la faire bouillir, il n'y eut plus de nouveaux cas de diphthérie. C. HISCHMANN.

Huit cas de kystes et adénomes de la glande thyroïde traités par l'extirpation. Note lue à la Société clinique de Londres, par le Dr Charters Symonds. (*Brit. med. Journ.*, 21 décembre 1889, p. 1390.)

Ces opérations ont été pratiquées, tantôt par simple énucléation de la tumeur, le corps thyroïde restant intact; tantôt à cause des connexions intimes, il a fallu enlever l'un ou les deux lobes de la glande thyroïdienne. La réunion a toujours eu lieu par première intention, et, chez la plupart, la guérison a été obtenue après un seul pansement. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie grave. Les plus minutieuses précautions antiseptiques ont toujours été prises. Lorsqu'on n'a pas fait usage du spray, dans quatre cas notamment, on a eu recours à d'abondants lavages à l'aide d'une solution de sublimé; toute la région environnant le champ opératoire était recouverte de serviettes imbibées de la même solution; les mains et le visage de l'opérateur et des aides soigneusement lavés, etc. C. HISCHMANN.

L'allongement de la luette, par Lennox Browne. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.)

L'allongement de la luette, lorsque les amygdales ne sont pas très développées chez les jeunes enfants, est due à la parésie du voile du palais, laquelle se produit fréquemment à la suite de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, ou plutôt des tumeurs adénoïdes du pharynx. La plupart des sujets

atteints de laryngite striduleuse sont des enfants qui respirent par la bouche, et qui sont atteints de tumeurs adénoïdes.

L'ablation de ces tumeurs amène le retour de la contractilité du voile du palais, et il est exceptionnel qu'il faille pratiquer la section de la luette pour obtenir la guérison. C. HISCHMANN.

De la bronchite croupale, communication du Dr Samuel West à la Société pathologique de Londres. (*Brit. med. Journ.*, 22 mars 1890, p. 663.)

L'auteur montre divers spécimens de moules bronchiques, produits d'expectoration. Les uns proviennent d'une femme âgée de 40 ans qui souffrait d'attaques d'asthme depuis deux ans : les cylindres furent rendus après une attaque qui durait depuis deux heures, elle en éprouva un grand soulagement. Le traitement institué n'amena aucun résultat, et la malade fut perdue de vue.

D'autres cylindres proviennent d'un homme de 40 ans, originaire de la Jamaïque. A la suite d'un accès de delirium tremens, il fut pris de toux et les crachats mêlés à du sang. Il guérit complètement, et lorsqu'il partit, on ne trouva aucun signe physique appréciable à l'auscultation.

Enfin, les derniers spécimens ont été trouvés dans la bouche d'un homme qui succomba à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué de péricardite.

Histologiquement, bien que les malades susnommés fussent exempts de diphthérie, le Dr West n'a trouvé rien qui permît de distinguer ces membranes de celles de la diphthérie.

C. HISCHMANN.

Sur un cas de sarcome primitif de l'amygdale, par R. Norris Wolfenden. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10, 1889.)

Il ne semble guère y en avoir que 19 ou 20 cas de décrits, mais on en a observé un plus grand nombre, tels : P. J. Conver pour plusieurs cas dont deux personnels, l'auteur lui-même quatre, Morell Mackenzie sept cas, dont cinq d'encéphaloïde, deux de cancer squirrheux. Le carcinome semble de la plus grande rareté à l'amygdale. Les derniers faits relatés ont tous été des sarcomes, et sir J. Paget a émis l'opinion que les soi-disant carcinomes médullaires n'étaient en réalité que des sarcomes.

L'homme est plus souvent atteint (Gray 19 cas : 13 hommes, 4 femmes, deux fois sans mention). Pour l'âge, la majo-

rité a dépassé 60; les plus précoces étant un garçon de 6 ans, et quatre au-dessous de 20 ans.

Chez une femme de 52 ans, sans ulcération locale ni engorgement ganglionnaire, la tumeur enlevée au galvano-cautère, examinée, était un sarcome à petites cellules rondes; ce diagnostic anatomique confirmait l'examen clinique basé sur l'âge, de la douleur à la pression à l'angle de la mâchoire, l'hypertrophie de l'amygdale seule, sans antécédents de ce côté; enfin, l'augmentation progressive de l'organe et l'aréole inflammatoire périphérique. Ce sont là toutes circonstances qui n'annoncent pas une simple hypertrophie. Comme l'a remarqué Croly, le sarcome de l'amygdale peut simuler un abcès, point sur lequel aucun chirurgien n'a appelé l'attention; l'incision tire d'embarras. Ne pas oublier que souvent le début s'annonce comme celui d'une amygdalite ordinaire.

Pour l'ablation, les uns font une simple fente à la joue, d'autres préfèrent la pharyngectomie avec ou sans section du maxillaire inférieur; c'est généralement le second mode que l'on préfère en réséquant le plus souvent une portion de l'angle de la mâchoire. Sauf une fois où l'on a opéré au thermo-cautère, il y a toujours eu récidive. R. LEUDET.

Traitement du croup spasmodique par l'opium, par MEIGS. (*Med. News,* 23 mars 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10, 1889.)

L'auteur désigne sous ce nom toutes les formes de maladie caractérisées par l'absence de fausse membrane, celles que l'on suppose spasmodiques, inflammatoires, catarrhales. Dans tous les cas graves, administrer l'émétique et, pour avoir un résultat rapide, donner une cuillerée à thé d'alun en poudre mélangé à une cuillerée à thé de sirop d'ipéca. Sauf vomissement dans les quinze ou vingt minutes, répéter la dose. L'ipéca seul, le sulfate de zinc n'ont pas la même valeur, et l'antimoine est dangereux. Si l'on ne recherche pas le vomissement, le spasme peut être le mieux combattu par l'administration d'une dose de laudanum et d'ipéca, la première, suffisante pour produire un effet soporifique sensible, mais modéré, la seconde pour calmer le spasme, mais non pour donner des nausées, autrement dit, pour un adulte, vingt gouttes de laudanum, et quinze de sirop d'ipéca. Une seconde dose et moindre peut être donnée plus tard.

A un enfant, il faut toujours donner une minime dose d'opium. Pour un enfant de deux mois, la première fois, pas plus de deux

gouttes de laudanum, avec dix de sirop d'ipéca, renouvelée en une heure. De deux à six mois, première dose, une demi-goutte d'opium, avec cinq à six d'ipéca. Ce traitement calme l'attaque imminente, mais tenir l'enfant au lit le lendemain, avec toutes les deux heures des doses légères de parégorique et d'ipéca. Éviter d'endormir avec l'opium, de donner des nausées avec l'ipéca (de deux à cinq ans, donner de cinq à dix gouttes de parégorique, cinq gouttes de sirop d'ipéca). La deuxième nuit, redonner le laudanum et l'ipéca; le lendemain, repos au lit; renouveler le laudanum et l'ipéca la troisième nuit. La toux diminue, il n'y a plus de spasmes, sauf dans les cas d'intensité exceptionnelle. La dose d'opium doit équivaloir à l'effet de vingt gouttes de laudanum chez l'adulte.

Après le spasme, traiter comme un coryza ou une bronchite. L'intolérance des enfants pour l'opium lui a donné une mauvaise réputation combattue par Meigs, Pepper, Gustave Smith et Goodhardt. R. LEUDET.

Étiologie de la diphthérie, par SAM. N. NELSON. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 et 21 mars 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10.)

Revue de la littérature sur l'origine microbienne de la diphthérie; récit des expériences de l'auteur avec des cultures de fausses membranes fraîches, injection à des animaux qui prirent la maladie; enfin, de sa propre observation de diphthérie contractée aux cours de ses examens d'animaux. R. LEUDET.

Étiologie de la diphthérie, par RACHFORD. (*Med. News*, 2 février 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10.)

Conclusions : 1° La diphthérie est une affection purement locale causée par un parasite aérobie; 2° les symptômes constitutionnels sont dûs à une absorption de substances toxiques, c'est-à-dire de ptomaïnes provenant de la lésion locale, et causant aussi les altérations de sang et de tissus, y compris les lésions nerveuses tardives; 3° la maladie n'a pas de périodes éloignées, les deuxième et troisième attaques sont des réinfections; 4° il est de règle qu'une attaque confère au moins l'immunité temporaire; après cette période limitée, elle peut, comme chez les scrofuleux, prédisposer à d'autres, si la muqueuse est restée enflammée et irritée. De ces conclusions, Rachford tire déductions au point de vue du traitement local, général et prophylactique. R. LEUDET.

Forme particulière d'œsophagisme, par Osgood. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 avril 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, 1889, n° 10.)

Douleur soudaine, souvent intense; constriction à l'épigastre, irradiation, légère régurgitation si l'attaque survient à table, avec arrêt de la nourritur au cardia parfaitement perçu ainsi que le passage ultérieur dans l'estomac. Attaques d'intensité, de fréquence et de durée variables; toujours la muqueuse était altérée à quelque point éloigné du siège de la douleur. Les adultes de 20 à 50 ans sont atteints, non les enfants. Attaques irrégulières, à intervalles inégaux, d'intensité quelquefois légère, tantôt excessive. Localisation constante derrière le syphiloïda a son union avec le sternum; irradiation ou pharynx, à une ou deux oreilles, et, dans ce dernier cas, probablement localisé aux trompes d'Eustache, quoique rapportée au niveau du tympan. Salivation abondante, sensation d'asphyxie imminente. Quelquefois la douleur est perçue au côté droit de la poitrine, au mamelon, quelquefois dans les cas sérieux, dans le dos. Les malades de Osgood n'ont jamais pu avaler que difficilement les boissons gazeuses. Une constriction momentanée a été perçue à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Jamais les attaques ne se sont bornées aux heures des repas, mais sont toujours apparues très capricieusement dans l'acte de se baisser, de tourner dans le lit, de s'asseoir, de marcher, de rire, de tousser, d'éternuer, parfois même sans rien faire. Une griffe semble saisir, avec la rapidité de l'électricité, la partie inférieure de l'œsophage et la douleur s'irradie à l'instant, ce qui est dû probablement à une atteinte du pneumogastrique. Il faut croire, dans ces cas, à un haut degré d'hyperesthésie, à une irritabilité réflexe des nerfs sensitifs ne s'étendant pas ou ne causant qu'une légère contraction du tissu musculaire de la région. Traitement : distendre l'estomac par de l'acide carbonique ou en avalant de l'air; électricité galvanique, musc, belladone, opium. R. LEUDET.

Un cas de glossite hémorrhagique aiguë (avec deux planches en couleur), par Holger Mygind. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Homme de 48 ans, vieilli prématurément par un dur travail, toujours bien portant, sauf quelques rhumatismes et un peu d'alcoolisme. En mai 1886, hématémèse, épistaxis. Pas de traces de syphilis. Pas d'hémophilies dans la famille; lui-même, pas

sujet à perdre du sang par une blessure. En septembre 1889, il fut pris subitement d'hémorrhagie linguale avec gonflement considérable de l'organe où les dents restaient marquées. Sauf 0,01 à droite, 0,01 1/2 à gauche, le dos de la langue était bleu foncé aussi en arrière qu'on pouvait voir. L'épithélium, enlevé par grattage, n'était pas coloré; l'hémorrhagie siégeait donc dans les couches profondes. Température de l'organe : normale.

L'examen minutieux ne révéla aucune solution de continuité de la langue, du pharynx, de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Pas d'œdème des glandes de la mâchoire.

Température rectale, 38°,7; pouls 100, faible. Respiration 16. Aucune altération des organes thoraciques et abdominaux. Gencives saines. Pas de purpura. Urines chargées d'urates, albumineuses.

Les jours suivants, la langue grossit encore, s'excoria au niveau des dents. Du délire survint par suite du manque de sommeil et de l'excitation cérébrale. Calmé par le chloral.

Au bout de quatre jours, la langue diminue, devient d'abord violacée, puis les ulcérations guérissent et l'état général s'améliore en même temps. Le 28 septembre, quatorze jours après le début, tout est rentré dans l'ordre.

Les symptômes généraux, fièvre, malaise général, albuminurie, qui sont ceux que l'on voit accompagner la glossite aiguë, prouvent bien le caractère inflammatoire de la lésion. La cause de l'inflammation échappe ; l'alcoolisme chronique explique la fragilité des vaisseaux et la tournure hémorrhagique de la glossite. R. L.

Actinomycose de la langue, par Maydl. (*Intern. kl. Rundsch.*, 1889, n° 42, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Un médecin, âgé de 48 ans, inspecteur du bétail à l'importation, avait l'habitude de mouiller les pages avec sa langue pendant la lecture. A des ragades douloureuses succéda le lendemain une tumeur de la grosseur d'un pois. Après traitement antispécifique inutile, la tumeur fut diagnostiquée et enlevée. Le malade guérit bientôt. R. L.

Hémiatrophie droite de la langue; paralysie du voile et du larynx, par Turner. (Hunterian Soc. *Lancet*, 14 décembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Petite fille de 5 ans ; difficulté d'avaler les liquides, toux aible, perte de force et du diamètre dans le bras droit ; pas de

réflexes rotuliens. Les symptômes dataient d'une série d'attaques épileptiformes du côté droit, ayant débuté six semaines après une attaque de scarlatine. Au commencement, tous les membres avaient été paralysés. Pas de signes d'antécédents syphilitiques ; probablement il s'agissait d'une altération des méninges à la base du cerveau, entourant la 9[e] et la portion de la 8[e] paire cranienne du côté droit. R. L.

Ulcère tuberculeux de la langue, par MARIANI. (*Revista de Med. y Cir. pract.* 7 juillet 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Ulcération blanchâtre, petite, profonde, arrivant à la grandeur d'un shilling et à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Bords irréguliers et taillés à pic ; nombreux bacilles ; douleur à la mastication. L'acide lactique modifia un peu la tumeur. Suivant Mariani, l'organisme doit être déjà altéré pour que les bacilles puissent y prospérer. R. L.

Kyste sublingual sébacé, par SHEPHERD. (*Trans. of the Montreal Med. chir. Soc.*, 17 mai 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Femme de 19 ans, nota, il y a trois ans, un gonflement sous la langue ; il y a un an, cela gagna la région sous-maxillaire et prit le volume d'une orange. Après incision et évacuation, on sectionna au-dessous du menton pour enlever entièrement le kyste qui était congénital. R. L.

Tuberculose palatine, par BATTLE. (*Med. Soc.*, 25 mai 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Ulcère sur la voûte du palais, étendu de 2 centimètres en arrière, surélevé. Traitement : grattage, acide lactique. R. L.

Signification des perforations à travers les piliers antérieurs du voile du palais, par FOWLER. (*Lancet*, 30 novembre 1889. in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1890.)

Elles se voient souvent, la plupart sont bilatérales et symétriques. Quelquefois asymétriques, à l'occasion unilatérales, toujours libres d'adhérences ou de contractions, elles n'offrent

pas d'apparences syphilitiques et sont généralement prises pour des déformations congénitales. L'auteur, à cause du tissu cicatriciel aux bords des perforations, les regarde comme dues à des ulcérations. Correspondant à la perforation, il y a toujours une perte plus ou moins grande de tissu amygdalien. C'est peut-être un signe de scarlatine antérieure. R. L.

Lympho-sarcome de l'amygdale ; laryngotomie et énucléation, Récidive dans les glandes cervicales ; excision; guérison, par Lediard. (*Lancet*, 23 novembre 1889, in *Journ. of Laryng.* n° 1, 1890.)

Homme de 62 ans, amygdale hypertrophiée, indolore ; en octobre 1887, introduction d'une canule où trachéotomie subranisée, pharynx bouché avec des éponges; chloroforme donné par le tube. Tumeur énucléée par les doigts après section périphérique avec des ciseaux. Peu d'hémorrhagie. En février 1888, une glande près de l'angle de la mâchoire où s'était faite la récidive nécessita l'ablation de toutes les glandes, y compris quelques-unes sous le trapèze et derrière la clavicule, même entre les branches du plexus brachial. Le sterno-mastoïdien sectionné en travers, fut suturé. Peu de sang; guérison rapide. En avril 1889, le malade allait bien. R. L.

Deux cas de rétrécissement de l'œsophage, par Morejon. (*Revista de Med. et Cir. pract.*, 7 octobre 1889, in *Journ. of Laryng and Rhin.*, n° 10, 1890.)

Homme de 23 ans ; œsophage rétréci au niveau de l'anneau ou diaphragme, pris au niveau de la première vertèbre dorsale, toutes deux dues à des déchirures faites en tentant d'enlever une grosse aiguille, huit ans avant. Guérison en quarante-deux jours par dilatation graduelle.

2e *cas :* Homme avec rétrécissement très étendu ; guéri en 45 jours par cathétérisme avec l'olive en ivoire. Chez tous deux, les symptômes de tuberculisation pulmonaire, présentés avant, disparurent après rétablissement de la nutrition. R. L.

Épithélioma du corps thyroïde et de la trachée, par Norris Wolfenden. (*Journ. of Laryng.*, n° 2, 1890.)

C'est une des tumeurs malignes les plus rares du corps thy-

roïde. Homme de 55 ans ; début par des accès pseudo-asthmatiques. Gêne à la respiration, à la déglutition. Tumeur à droite volume d'une orange moyenne. Sténose trachéale cachée par la saillie de la tumeur au-dessous de la corde vocale droite. Trachéotomie très difficile. Mort.

Il est probable que la trachée ne fut prise que consécutivement. La trachéotomie, dans ces cas, soulage peu, et peut-être a-t-elle terminé les jours du malade plus d'une fois. Mais ne vaut-il pas mieux la tenter que de laisser le malade mourir suffoqué. R. L.

Deux cas rapidement fatals de paralysie diphthéritique, par F. L. Caiger. (*Lancet*, 14 décembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1890.)

Homme de 25, garçon de 5 ans, tous deux avec diphthérie des piliers ; symptômes parétiques une semaine avant la mort, aspect grave seulement dans les dernières 36 heures. Les signes apparurent seulement dans la 5e et la 6e semaine. Membranes persistantes. Caiger pense que les cas graves sont les plus à redouter comme suites ; il a trouvé que ceux qui, pendant la période aiguë, présentent un mucus abondant au fond du pharynx avec rhinorrhée sont les plus graves et vite terminés fatalement. R. L.

Hémorrhagie après amygdalotomie, par Butler. (*New-York med. Journ.*, 2 novembre 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1890.)

Pour calmer l'hémorrhagie ne cédant pas aux moyens habituels, l'auteur tira en avant le moignon avec un ténaculum, le transperça d'une épingle et enroula autour un fil d'argent qui fut coupé à ras, après enlèvement de l'épingle et laissé deux jours. L'amygdale dure, fibreuse, s'opposait probablement à des vaisseaux.

Recherches expérimentales sur le bacille de la diphthérie, par D'Espine et E. de Marignac. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, janvier et février 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1890.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Le bacille n'existe que dans la fausse membrane, jamais dans le sang ni les viscères.

2° Chez le cochon d'Inde, le lapin, on rencontre ordinairement une entérite œdémateuse, souvent hémorrhagique, atteignant son maximum dans le duodénum.

3° L'inoculation sous-cutanée du bacille ne cause jamais de fièvre ; au contraire, la température s'abaisse.

4° Les glandes de la région inoculée sont gonflées ou injectées.

5° Le poison diphthéritique altère profondément la composition du sang, qui noircit par surcharge de CO^2 et reste fluide après la mort.

6° L'albuminurie dans l'empoisonnement expérimental est fréquent, mais non constant.

7° La paralysie diphthéritique, produite expérimentalement, n'est pas une paralysie d'après le sens propre du mot, mais est peut-être un affaiblissement général des muscles.

8° La virulence des cultures vivantes des auteurs n'a jamais varié pendant leur état de pureté, qu'elles restaient assez jeunes et non encore modifiées par l'air, la chaleur, le vide, etc. Des cultures ont, pendant quinze mois, gardé toute leur virulence.

R. L.

Expérience de diphthérie, par Schan. (*Norsh Magazin for Laeger.*, janvier 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1890.)

D'après cet auteur, en Norvège, où la diphthérie a régné pendant quelque temps, les habitants des maisons bâties sur un sol sablonneux sont moins exposés à la maladie, même s'ils ne font pas grande attention à la propreté. (Les conclusions d'un des compatriotes de l'auteur, Thoresen, publiées en mai et juin dans le même recueil, sont entièrement l'opposé de celles de Schan.) R. L.

Diphthérie à l'hôpital des enfants à Nuremberg en 1888, par Cnopf. (*Münch. med. Woch.*, nos 7 et 8, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 4, 1890.)

Statistique de 83 cas, sur lesquels 39 furent trachéotomisés, avec 30 0/0 de guérisons. Dans ces cas de guérison, on put enlever la canule le 8e ou 9e jour, sauf deux cas : l'un de sténose granuleuse nécessitant de maintenir 27 jours la ca-

nule; le second, de périchondrite du cricoïde. On enleva une pièce de cartilage nécrosé, et le dix-neuvième jour la respiration était libre. Dans tous les cas de trachéotomie on appliqua la curette bronchique de Piniaczek et la pince bronchique pour enlever les fausses membranes des bronches; méthode dont l'efficacité fut prouvée par l'autopsie des cas mortels où l'on trouve presque toujours nettes de fausses membranes les parties traitées par ces méthodes. Complications des cas trachéotomisés : 7 fois, diphthérie de la plaie; 8 infections septiques de la plaie, tels qu'érythèmes, érysipèles; 17 inflammations des organes respiratoires; 12 néphrites, et une fois, convulsions. Le plus ordinairement, la mort survint du 7e au 8e jour. R. L.

Sur la « Algasis faucium diphtheritica », par MELTENHEIMER. (*Deutsch. med. Zeit.*, n° 18, 1880, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 4, 1890.)

Deux cas de pharyngite mycosique dans lesquels l'auteur trouva le leptothrix buccalis dans les portions enlevées des amygdales. Les deux cas furent guéris par frictions au nitrate d'argent. (Michael fait observer, en analysant ce travail dans le *Journal de Laryng*, qu'il n'y a pas de raison pour donner à cette affection d'abord décrite par Héryng et B. Frænkel, le nom d'un auteur qui n'a contribué à son étude que par une revue générale dans les comptes rendus de Volkmann.) R. L.

Un cas de sténose de la partie inférieure du pharynx, due à la syphilis héréditaire, par FOX (COLCOTT). (*Med. Soc.* « *Lancet* », 22 mars 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 4, 1890.)

Fille de 14 ans, perforation du voile adhérent à la paroi postérieure du pharynx, fermant le naso-pharynx; rétrécissement en boutonnière de la partie inférieure du pharynx, environ au niveau du point d'insertion de l'épiglotte; celle-ci était détruite et immédiatement à travers l'orifice se voyait l'ouverture du pharynx et l'œsophage. Larynx sain. Trois ans avant, début de l'infiltration gommeuse par toux, expectoration muqueuse et du sang à l'occasion. Pas d'autres signes de syphilis héréditaire dans les os, yeux, dents et autres parties. L'infiltration disparut par l'usage de l'iodure de potassium; l'enfant se mit à avaler et à respirer à l'aise. Le cas est intéressant vu l'aspect

particulier du rétrécissement et sa situation juste au-dessus de l'origine du larynx et de l'œsophage. R. L.

État actuel de la question de l'étiologie de la diphthérie, par Lœffler. (*Deutsch. med. Woch.*, nos 5 et 6, 1890, in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1890.)

Lœffler a trouvé un bacille dans tous les cas de diagnostic certain, *intra vitam*. Tous les auteurs ne croient pas que ce bacille soit pathognomonique, parce que des bacilles d'aspect semblable se trouvent aussi dans la bouche de porteurs de fausses membranes non virulentes, et parce que dans la bouche d'enfants sains, dans des angines simples, on en trouve de semblables d'aspect et de virulence. Il importe donc de continuer l'étude de ces micro-organismes. Lœffler renvoie au *Mémoire* de Wood et Formad (1882), expériences non conduites d'après les méthodes bactériologiques modernes ; à celui de Ludden (1889), qui n'a jamais trouvé le bacille de Lœffler, mais 12 fois sur 40 un streptocoque qu'il regarde comme pathognomonique. L'auteur, qui a trouvé aussi ce microbe, ne le regarde pas comme tel, mais seulement capable de produire des maladies de même aspect. Inoculé aux animaux, surtout à des cobayes, le bacille produit des nécroses étendues de la peau, et si l'animal survit, il survient de la paralysie des extrémités. A l'autopsie, on trouve aussi de l'inflammation des poumons et des reins. Les extraits de culture ont un effet tonique, mais décrit différemment par les auteurs. Le bacille n'agit pas de même sur la muqueuse intacte des animaux, et il en est probablement ainsi chez l'homme. L'auteur termine par des remarques statistiques. R. L.

Cas de phagédénisme syphilitique du voile du palais et de l'amygdale, par Bernard. (*Liverpool med. Chir. journ.*, janvier 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Jeune homme porteur d'un chancre induré, traité par le mercure intus et extra; six mois après, ulcération de l'amygdale gauche, fausse membrane gris cendré; même état du voile du palais, grande gêne de la déglutition, douleur vive. Cessation du mercure ; cautérisation, quinine. Accroissement du phagédénisme. Changement d'air, perchlorure d'hydrogyre, iodure de potassium, gargarisme avec teinture de belladone et d'opium.

Légère amélioration, puis guérison en six semaines, après augmentation de la dose des médicaments ci-dessus. R. L.

Polype velu congénital du pharynx, par Otto. (*Virchow's Arch.* B. 115, in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1890.)

Opéré par l'auteur dix-sept heures après l'accouchement; trois cas identiques ont seuls été trouvés; polypes toujours pyriformes, situés derrière le voile, couverts de peau et de poils. R. L.

Un cas de léontiasis osseux des os maxillaires et hyoïdes, par J. Brown. (*Manchest. med. Chron.*, mars 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, avec deux figures.)

Homme de 29 ans, souffrant depuis l'âge de 9 ans d'une hypertrophie indolore de la mâchoire. A 13 ans, l'hypertrophie des os maxillaires et molaires devint bien nette; l'accroissement atteignit son maximum de 16 à 24 ans. Bonne santé toujours. Face très déformée, non symétrique; os malaire et apophyse montante du maxillaire supérieur plus large à gauche; branche droite du maxillaire inférieur plus grosse. Depuis quatre ou cinq ans, envahissement des cavités orbitaires, nasales, buccales. Exophthalmie de l'œil gauche surtout; épiploon dû à la déviation de la main droite; perte de l'odorat depuis cinq ans dû au rétrécissement des fosses nasales. Bouche diminuée, vu l'énorme hypertrophie des alvéoles; mouvements de la mâchoire normaux ainsi que la mastication et la déglutition. Parole légèrement sourde. Parties molles non adhérentes aux os et normales. Cartilages du nez non hypertrophiés. Corps de l'os hyoïde plus volumineux à droite. Os du crâne normaux. Pas d'antécédents ni familiaux, ni personnels. Bichersteth (*Path. Soc.*, vol XVII) a décrit une affection particulière des os craniens, de l'os hyoïde et du péroné ayant causé la mort à 34 ans. Rétrécissement des orbites, du nez, de la bouche et absence des quatre dents de sagesse. (Dans les cas présents, ces dernières manquaient également, et il est probable que leur appareil vasculaire inutile a causé une hypertrophie simple des alvéoles.)

Avec un cas de Bland Sutton dans les transactions de la Société clinique en 1889, ce sont les seuls cas connus par l'auteur en Angleterre.

Au premier abord, on pourrait croire à de l'acromégalie, mais

il n'y avait ni hypertrophie des mains ou des pieds; ni exubérance des tissus sur les os de la face. R. L.

Sarcome primitif des ganglions lymphatiques médiastinaux perforant les conduits aérifères, par Hammer. (*Prager Med. Woch.*, 1890, n° 7, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5.)

Pendant la vie, signes de sténose de la bronche gauche, mort avec dyspnée progressive. Tumeur médiastine, grosseur du poing, adhérente à la colonne vertébrale. Trachée et œsophage disloqués par la tumeur perforant trachée et bronche gauche et réduisant leur lumière. Sarcome à cellules géantes. R. L.

NOUVELLES

Les associations d'otologie et de laryngologie américaines se réuniront en même temps que le Congrès des médecins et chirurgiens américains les 22, 23, 24 et 25 septembre 1891, à Washington.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Einiges zur Warzenforsatz Eröffnung (Sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde), par T. HEIMAN. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXI, 1891.)

Ein Fall von mangelhafter Bildung beider Gehör organe (Un cas de malformation des deux oreilles), par T. HEIMAN. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXI, 1891.)

I. Possibilidad de las inyecciones traqueales en el hombre como via de introduccion de los medicamentos (Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments). — II. Ensayos de otoscopia intratimpanica (Essais d'otoscopie intra-tympanique). — III. Experimentos de avulsion del estribo en los animales (Expériences d'avulsion de l'étrier chez les animaux), par R. BOTEY. (Extraits des *Arch. int. de Lar., Otol. y Rinol.*, nos 4, 5 et 6, 1890.)

Du chloroforme dans la trachéotomie, par P. GEFFRIER. (Extrait de la *Revue de Chirurgie,* décembre 1890.)

Dilatation forcée de la glotte dans le croup, par RENOU. (Extrait du *Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre 1890.)

Laryngeal affections (lupus and Tuberculosis) treated by Koch's method (Affections laryngiennes, lupus et tuberculose, traitées par la méthode de Koch), par MICHAEL. (Extrait du *Journ. of Laryng. and Rhinol.*, janvier 1891.)

Führungsstäbe zur Einführung, von Weichgummikathetern in die Blase und in die Speiserohre (Tiges de conduite pour l'introduction des cathéters de gomme élastique dans la vessie et dans l'œsophage), par J. Michael. (Tirage à part de la *Deuts. med. Wochens.*, 1890.)

. Erfahrungen über die Anwendung des Koch'schen Mittels bei Kehlkopf tuberculose (Communications sur le traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch), par J. Michael. (Tirage à part de la *Deuts. med. Wochens.*, n° 2, 1891.)

Intorno all' importanza funzionale della chiocciola (Sur l'importance fonctionnelle du limaçon), par C. Corradi. (Extrait du *Sordomuto*, n° 7, 1890.)

Fra una clinica e l'atra (D'une clinique à l'autre). Correspondance de Paris, par C. Corradi. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, della gola e del naso*, 1890.)

Intorno al valore diagnostico dello Sperimento di Weber (Sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Weber, par C. Corradi. (Extrait des *Arch. int. di Laring. Rinol., Otol.*, etc., fasc. VI, 1890.)

Ueber die Beziehungen des Kehlkopfs zum motorischen Nervensystem (Sur les relations du larynx avec le système nerveux moteur), par F. Semon et V. Horsley. (Tirage à part de la *Deuts. med. Wochens.*, n° 31, 1890.)

On the position of the vocal cords in quiet respiration in man and on the reflex tonus of their abductor muscles (Sur la position des cordes vocales dans la respiration tranquille chez l'homme et sur le ton réflexe de leurs muscles abducteurs), par F. Semon (Extrait des comptes rendus de la *Royal Society*, vol. XLVIII, Londres, 1890.)

An experimental investigation of the central moter innervation of the larynx (Etude expérimentale sur l'innervation motrice centrale du larynx), par F. Semon et V. Horsley. (*Philos. Transact. of the royal Society of London*, vol. CLXXXI, p. 187-211, 1890.)

Formulario ragionato delle malattie d'orecchio, naso, gola, laringe ed esofago (Formulaire raisonné des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx et de l'œsophage), par G. FICANO. (Un vol. de 130 pages, prix: 2 fr. 50, Clausen, éditeur, Palerme, 1891.)

Igiene dell' orecchio (Hygiène de l'oreille), par V. COZZOLINO. (5e édition, typog. F. COSME, Naples, 1891.)

Formulaire de médecine pratique, par E. MONIN (préface du professeur M. PETER). (Un volume de 566 pages, prix : 5 francs. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1891.)

La cura di Koch per le forme tubercolari della laringe (Le traitement de Koch dans la tuberculose du larynx), par G. STRAZZA. (Extrait du *Boll. delle malatt. dell' orecchio, gola e naso*, n° 1, 1891.)

The action of the glottis in singing (L'action de la glotte dans le chant), par T.-R. FRENCH. (Extrait du *New-York med. Journ.*, 31 janvier 1891.)

Des formes larvées de la tuberculose laryngée, par A. SOKOLOWSKI. (Extrait des *Arc. de Laryng. et Rhinol.*, décembre 1890.)

Le malattie dell' orecchio nel feto e nella prima infanzia e loro gravi conseguenza sull' udito e sulla loquela. (Les maladies de l'oreille chez le fœtus et dans la première enfance et leurs graves conséquences sur l'ouïe et le langage, par V. GRAZZI. (Extrait du *Boll. delle mall. dell' orecchio, gola e naso*, 1890-91.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 55.3.91.

Avril 1891. — N° 4.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DU CHOLESTÉATOME DE L'OREILLE AU POINT DE VUE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE

Par le Dr **ADAM POLITZER**, professeur d'otologie à l'Université de Vienne.

Les masses épithéliales désignées sous le nom de cholestéatomes (1), accumulées dans les cavités de l'os temporal, ont, dans ces dernières années, sollicité au plus haut point l'attention des médecins auristes. Et dans la réalité, les changements pathologiques dans l'os temporal, corrélatifs à la formation et à l'extension de ces masses, sont d'une importance capitale, ont une portée incalculable, non seulement au point de vue de la fonction auditive, mais aussi pour l'existence de l'individu; car ces masses épidermiques peuvent, en perçant les parois osseuses du crâne, occasionner la mort à la suite de méningite ou de phlébite du sinus latéral.

Bien que nous soyons redevables aux travaux remarquables des Cruveilhier (2), des Rokitansky (3), des Virchow (4) et autres autorités médicales, des notions originaires et fondamentales sur l'état pathologique et anatomique des tumeurs épidermiques en question, ce n'est que dans ces der-

(1) Cholestéatome (Johannes Müller); Tumeurs perlées (Cruveilhier); Perlgeschwulst (Virchow).
(2) *Anatomie pathol.*, L. II, tab. 6.
(3) *Lehrbuch der patholog. Anatomie*, Bd. I, S. 121.
(4) *Archiv*, 1885, Bd. VIII, S. 371.

niers temps que l'on s'est adonné à une étude approfondie des origines et du mode de traitement des masses cholestéatomateuses.

C'est aux otologistes que revient en particulier le mérite d'avoir pris position dans cette question si importante au point de vue de la pratique. Ils ont, en effet, réussi à établir d'une façon précise pour toute une série de cas les conditions anatomiques de la genèse du cholestéatome.

Le cholestéatome de l'oreille revêt morphologiquement deux formes principales. La première apparaît comme une tumeur arrondie, limitée, revêtue d'une membrane mince et composée de lamelles concentriques. La masse est formée de cellules épidermiques sans ou avec noyau, de cristaux de cholestéarine intercalés et de détritus. C'est là le cholestéatome proprement dit, ou tumeur perlée (Cruveilhier), comme nous le trouvons décrit dans les ouvrages d'anatomie pathologique.

La seconde forme est celle des accumulations épidermiques sans limites précises, agglomérées sans couches concentriques, comme on les trouve si souvent pendant et après des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Comme ces masses sont composées des mêmes éléments que les tumeurs à couches concentriques, on a également étendu à cette forme, peut-être sans raison suffisante, le nom de cholestéatome. Je me servirai, dans le cours de cet exposé, du terme de masses cholestéatomateuses pour ces dernières.

Quelles sont donc les conditions anatomiques pour le développement du cholestéatome dans l'os temporal?

L'énumération détaillée des nombreuses opinions divergentes sur la cause de production des formations cholestéatomateuses dans l'os temporal nous conduirait beaucoup trop loin, et nous ne voulons toucher à ce point qu'autant qu'il est nécessaire pour l'intelligence de l'exposé qui va suivre.

Virchow se prononce pour la nature hétéroplastique du cholestéatome dans l'oreille moyenne; du même avis sont Förster (1), Mikulits (2) et Küster (3), qui l'admettent comme

(1) *Würzburger med. Zeitschr.*, 1862, Bd. III, S. 195.
(2) *Wiener med. Wochenschrift*, 1879.
(3) *Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft*, 1889, 13 Februar.

base de la formation de ces tumeurs dans l'oreille par des détachements d'éléments épidermiques pendant la vie embryonnaire dans la région des branchies supérieures.

De Trœltsch (1) est le premier qui combattit l'opinion de Virchow sur la nature hétéroplastique du cholestéatome dans l'os temporal en le proclamant comme le produit de la rétention des cellules épithéliales transformé dans les cavités de l'oreille moyenne atteinte d'inflammation chronique.

Wendt est aussi opposé à la formation primaire de ces tumeurs, mais il prétend qu'elles sont les produits d'une inflammation desquamative particulière de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Dans ces derniers temps, la question de la formation du cholestéatome est entrée dans une phase nouvelle. Bezold (2) et Habermann (3) ont, en effet, fourni séparément la preuve que, dans les cas de perforation de la membrane de tympan, le *cholestéatome se produit dans toute une série de cas par l'invasion de l'épiderme du conduit auditif externe dans la cavité du tympan*, et qu'ainsi, dans beaucoup de cas, le développement secondaire du cholestéatome de l'oreille est hors de doute.

D'après Habermann, ce sont des adhérences directes ou membraneuses de la membrane du tympan à la paroi interne de la caisse qui servent d'intermédiaire pour cette invasion. Bezold croit que la prolifération de la peau du conduit auditif externe même dans la caisse est la cause efficiente de l'invasion de l'épiderme, assertion qui réclame encore la preuve anatomique.

Une lecture attentive des publications relatives à cette question, en corrélation avec les préparations anatomiques qui se trouvent dans ma collection, montrent d'une façon indiscutable que le développement du cholestéatome doit être rapporté à des causes anatomiques différentes. Elles nous font voir aussi que la production de ces tumeurs par l'invasion de l'épiderme du conduit auditif dans la caisse du

(1) *Archiv für Ohrenheilkunde*, 1868.
(2) *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1889, Bd. XX.
(3) *Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd. 17.

tympan n'a sa justification que jusqu'à un certain point.

Mais avant de passer à la description des préparations, il est nécessaire de la faire précéder de quelques courtes observations.

Comme on sait, la croissance de l'épiderme de la membrane du tympan a lieu du centre à la périphérie. Des ecchymoses nées d'inflammation ou du contact d'un stylet vont du centre à la périphérie et s'avancent même au delà jusque dans le conduit auditif osseux. De même dans la partie interne de ce conduit, on voit des taches se mouvoir vers l'extérieur.

Dans certains cas pathologiques cependant, de même que dans les formes desquamatives de l'otite externe, puis encore dans les suppurations de l'oreille moyenne, dans lesquelles il se manifeste sur le revêtement du conduit auditif une production plus rapide et plus considérable d'épiderme, produite en partie par l'action des sécrétions de l'oreille moyenne, en partie par une hyperémie consécutive, il se manifeste en sens contraire une croissance de l'épiderme dans les parties médianes du conduit auditif externe.

C'est ainsi que nous voyons, dans les cas de fortes desquamations dans le conduit auditif, sans lésion de la membrane du tympan, des masses épidermiques accumulées dans la portion interne du conduit auditif, et, dans les cas de grandes perforations de la membrane du tympan, la couche d'épiderme épaissie du conduit auditif se transmettre pardessus le rebord de la perforation jusque dans la cavité tympanique.

La première constatation faite à cet égard provient de Schwartze (*Pathologie anatomique de l'oreille*, 1878) qui, dans un cas de suppuration de l'oreille moyenne, compliqué de grandes perforations dans la membrane du tympan, vit la lamelle épaissie de l'épiderme du conduit auditif interne se continuer en forme d'impasse dans la cavité tympanique et dans les cellules de l'apophyse mastoïde. De pareilles impasses persistantes, formées de couches d'épiderme épaisses de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, avec des rengorgements semblables dans l'oreille moyenne, ne sont pas rares

à rencontrer dans un assez grand nombre de préparations de ma collection. Nous verrons plus tard dans quelles conditions une pareille invasion de l'épiderme du conduit auditif externe dans la cavité tympanique peut amener la formation du cholestéatome.

L'invasion de l'épiderme du conduit auditif dans la cavité tympanique ne peut avoir lieu que lorsque, dans les cas où la séparation entre l'épiderme du conduit auditif et l'épithélium de la cavité tympanique a été détruite, l'épiderme plus puissant du conduit auditif repousse l'épithélium moins résistant de la cavité tympanique — à l'endroit où celle-ci subsiste encore — ou lorsque cet épiderme s'étend pardessus la muqueuse dénudée d'épithélium.

Plus la perte de substance de la membrane tympanique est considérable, plus facilement l'épiderme du conduit auditif pénètre dans la cavité tympanique. Dans les cas de perforation centrale, l'invasion a lieu plus difficilement que dans ceux d'ouverture périphérique. Il résulte cela du fait que l'on n'arrive que bien plus rarement à observer des forformations de masses cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne dans les cas de petites perforations centrales dans la membrane du tympan, que dans ceux de petites ouvertures périphériques dans le quadrant postérieur supérieur de la membrane du tympan, ou dans ceux de perforation de la membrane de Shrapnell (Morpurgo, Bezold).

Ce dernier fait ne peut s'expliquer que par la circonstance que la couche d'épiderme extérieur de la membrane du tympan possède une tendance à se proliférer dans la cavité tympanique beaucoup moindre que l'épiderme des parois du conduit auditif.

J'ai, il est vrai, constaté, dans des coupes microscopiques de perforations persistantes dans la membrane du tympan (1), que l'épiderme de celle-ci se projette par-dessus le rebord de la perforation, et que c'est là, indubitablement, le plus souvent la cause de la persistance des perforations dans

(1) Procès-verbal des séances du Congrès des médecins auristes de l'Allemagne du Sud et de la Suisse, à Fribourg, 1889.

la membrane tympanique. Mais, dans les cas de petites perforations, l'épiderme proliféré ne se laissait poursuivre qu'à une petite distance, et comme une couche amincie, dans la cavité du tympan, pendant qu'au cas de grandes perforations de la membrane du tympan, l'épiderme envahissant s'étend facilement sur toute la cavité tympanique à la suite d'une prolifération énergique. — Je voudrais tirer de ce fait des observations cliniques la conclusion que, dans les cas de perforation de la membrane du tympan plus centrales, l'épiderme du large reste de la membrane du tympan est un obstacle à l'invasion de l'épiderme du conduit auditif, ainsi qu'il résulte d'une préparation à décrire plus loin.

Passant maintenant à la description des préparations qui se trouvent dans ma collection, je dois faire remarquer que celles-ci proviennent en partie de l'Hôpital Général, mais pour la plus grande partie de l'Hospice Général, où les matériaux de cette collection ont été mis à ma disposition de la façon la plus obligeante par MM. les médecins en chef Dr Pfleger et Dr Linsmayer.

Chez une femme de 30 ans admise à l'Hospice Général, qui depuis l'âge de 5 ans souffrait d'otorrhée à la suite d'une fièvre typhoïde, je trouvai dans l'oreille gauche une petite perforation de la membrane du tympan, une plus étendue dans l'oreille droite, recouverte d'une couche d'épiderme à la paroi interne de la caisse du tympan. — La perte de l'ouïe avait atteint un si haut degré que des mots dits à haute voix n'étaient perçus que tout contre l'oreille droite, à 5 centimètres de distance du côté de l'oreille gauche: l'expérience de Rinne était des deux côtés fortement abolument négative: les sons aigus du sifflet de Galton sont relativement bien perçus, mais non dans toute leur intensité.

L'examen du conduit auditif droit fit constater une perte de substance dans la membrane du tympan s'étendant presque jusqu'à la périphérie, et une destruction partielle du manche du marteau dont il ne restait plus, comme moignon, que la partie supérieure avec la courte apophyse.

Après enlèvement de la paroi antérieure du conduit auditif externe, on voit alors l'épiderme épaissi et grisâtre du conduit externe se transporter par-dessus les rebords minces, saillants,

en forme de faux, de la perforation du tympan, qui, recouvrant la paroi inférieure interne et de la paroi de la caisse, montant vers les espaces supérieurs de celle-ci, y aboutit par un renflement en forme de cul-de-sac.

Cette espèce de sac ferme d'un côté l'ouverture de la trompe et de l'autre côté celle de l'antre mastoïdien.

Nous voyons dans ce cas, avec une perforation étendue de la membrane du tympan, l'épiderme du conduit auditif envahir avec toute sa puissance la caisse tympanique, sans produire cependant l'accumulation de grandes masses dans cette cavité : ce cas ressemble, par conséquent, à celui cité antérieurement par Schwartze.

Bien plus puissante apparaît l'invasion du sac d'épiderme dans l'organe auditif droit d'une femme de 84 ans, à l'ouïe très dure, également placée à l'Hospice Général, qui avait été atteinte, nombre d'années auparavant, d'othorrhée et de saignements d'oreilles.

Le vide occasionné par la destruction totale de la membrane du tympan est agrandi d'une manière saisissante par la disparition de l'anneau tympanique, qui s'est complètement fondu. Le sac épidermique qui se prolonge du conduit auditif jusque dans la caisse peut être suivi jusque dans l'antre mastoïdien, ferme l'ouverture de la trompe, et contient dans l'espace supérieur de la caisse des masses épidermiques informes.

Nous nous trouvons ici en présence d'une accumulation épidermique secondaire, ou cholestéatomateuse, en voie de formation dans l'oreille moyenne.

La chose la plus remarquable que j'aie pu constater est la formation secondaire de masses cholestéatomateuses chez un homme de 86 ans, atteint dans son enfance d'otorrhée aux deux oreilles, et qui devint, après l'arrêt de celle-ci, dur d'ouïe au plus haut degré.

L'examen que j'ai pratiqué dix ans avant sa mort révéla des adhérences cicatrisées dans les deux oreilles, entre la membrane du tympan et la paroi interne de la caisse.

A l'autopsie, on trouva les conduits auditifs des deux oreilles complètement remplis d'une masse cholestéatomateuse jaunâtre en forme de mottes, qui, s'étendant des deux côtés dans la caisse à travers la perforation, se laisse poursuivre jusque dans l'espace supérieur de la cavité tympanique et même dans l'antre mastoïdien. On ne peut constater la présence d'une membrane enveloppante autour de la masse située dans la caisse, malgré

la formation lamellaire de l'accumulation dans l'espace supérieur de la cavité tympanique.

Nous avons affaire ici visiblement à une prolifération épidermique partant du conduit auditif, ayant pénétré jusque dans la caisse, et c'est vraisemblable qu'ici, comme dans les cas signalés par Habermann, les adhérences entre la membrane du tympan et la paroi interne de la caisse ont servi également d'intermédiaire de la prolifération de l'épiderme vers l'intérieur dans la cavité tympanique.

Le cas suivant, dans lequel la formation de masses cholestéatomateuses dans l'apophyse mastoïde et dans l'antre mastoïdien a indubitablement eu lieu par prolifération envahissante, nous montre l'obstacle, déjà mentionné, que la membrane du tympan oppose à la poussée pénétrante de l'épiderme du conduit auditif dans la caisse du tympan.

Il se rapporte à un homme de 42 ans, atteint depuis l'âge de 22 ans de suppuration de l'oreille moyenne dans les deux oreilles, au cours de laquelle il se produisit un abcès dans l'apophyse mastoïde avec perforation de la corticalis et exfoliation d'une parcelle d'os. Après cessation de l'otorrhée, il se produisit une grande dureté d'ouïe.

L'examen de l'organe auditif gauche fit constater une perforation centrale de la membrane du tympan, grande de 2 millimètres, une ouverture fistulaire longitudinale, en partie remplie de masses épidermiques, à la paroi postérieure du conduit auditif et une lacune ronde osseuse plus grande à la surface externe de l'apophyse mastoïde par laquelle on parvenait dans une cavité spacieuse, en partie remplie de masses épidermiques.

La capacité d'audition de la parole et des sons était complètement éteinte, l'expérience de Rinne négative.

L'autopsie, faite deux ans après, confirma l'existence d'une perforation centrale de la membrane du tympan, le reste de cette membrane lisse, non épaissi. A 4 millimètres de l'insertion postérieure de la membrane, existe à la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif une lacune osseuse longitudinale, par-dessus les rebords de laquelle l'épiderme épaissi du conduit auditif s'introduit dans la cavité de l'apophyse mastoïde. Dans les mêmes conditions et de la même manière, on peut suivre l'invasion de l'épiderme extérieur, dans la cavité de l'apophyse,

à travers l'ouverture ronde pratiquée dans le corticalis de cet apophyse. Cette cavité spacieuse est tapissée de couches d'épiderme épaisses et blanches, qui s'étendent vers le haut jusque dans l'antre mastoïdien, pour s'y terminer en forme de cul-de-sac. La partie inférieure de la cavité est remplie çà et là de masses épidermiques sans forme, non réunies par couches superposées. La caisse du tympan elle-même, depuis la partie antérieure de l'antre mastoïdien jusqu'à l'embouchure de la trompe, se présente complètement libre d'accumulations épidermiques. L'épiderme proliféré du conduit auditif a par conséquent dans ce cas pénétré, par l'ouverture pratiquée dans l'os, de la paroi postérieure du conduit auditif dans l'apophyse mastoïde, et non par-dessus la caisse, le reste large de la membrane du tympan ayant fait obstacle à la croissance de l'épiderme à travers l'ouverture opérée dans cette membrane.

L'invasion simultanée de l'épiderme de la peau par la perforation qui s'est produite à la surface externe de l'apophyse mastoïde s'explique, quand on lui compare les phénomènes similaires qui se produisent dans les cas de fistules urinaires à l'urèthre et au vagin. J'ai pu à plusieurs reprises observer dans l'organe auditif l'invasion de l'épiderme de la peau en fistules externes de l'apophyse mastoïde. Dans une préparation de ma collection, dans laquelle un conduit fistulaire recouvert de peau va de la surface externe de l'apophyse mastoïde dans le conduit auditif osseux, on peut suivre même jusqu'à une certaine distance l'invasion de la peau (cutis) dans la fistule. Ainsi, dans les cas où on rencontre dans la cavité de l'apophyse mastoïde des masses cholestéatomateuses concomitantes avec des ouvertures fistulaires persistantes au processus mastoïdien, il faudra toujours tenir compte de l'action effective de l'épiderme venant de ce côté.

Outre ces accumulations épidermiques dans l'oreille moyenne, sans formes, on rencontre aussi des masses épidermiques secondaires, qui montrent une disposition prononcée des couches d'épiderme en forme de lamelles. Mais ces masses ne sont limitées par une enveloppe membraneuse (muqueuse de l'oreille moyenne transformée ou tissu

de cicatrices) que là où elles sont adossées à la paroi osseuse, pendant que l'on ne peut constater l'existence d'une pareille enveloppe membraneuse à la surface libre qui s'étend vers l'espace des cavités tympaniques ou vers le conduit auditif. C'est par là que ces tumeurs se distinguent de ces cholestéatomes primaires rares, ou produits par des kystes de la muqueuse, dont les surfaces, restées libres, sont recouvertes d'une pellicule lisse, nacrée, brillante et irisée. On trouve dans le cas suivant un spécimen de cholestéatome secondaire (1).

Il s'agit d'une femme de 78 ans, chez laquelle il s'était produit, à la suite d'une otorrhée de l'oreille droite survenue dans son enfance, une surdité complète de cet organe et une paralysie partielle du nerf facial. Lors de l'expérience de Weber, le son du diapason n'est plus perçu que par l'oreille gauche; d'où l'on conclut à une affection labyrinthique droite très avancée. L'enlèvement de la masse brune qui se trouvait dans le conduit auditif ne fut pas autorisé par la malade. Lors de l'autopsie, l'on trouva, derrière le conduit auditif cartilagineux fortement élargi, une masse tirant sur le brun, de la grandeur d'une noix, composée de lamelles, qui, lors d'un examen plus attentif, fit reconnaître la présence d'une tumeur fortement délimitée, formée de feuillettes épidermiques amoncelées les unes sur les autres en forme de couches. Après l'enlèvement de cette tumeur, fait avec le plus grand soin, l'on constata dans l'os temporal une cavité plus grande qu'une noix, qui s'étendait d'une part depuis l'embouchure tympanique fermée de la trompe d'Eustache jusqu'à l'antre mastoïdien, et d'autre part depuis le segment tympanique jusqu'au fond de la caisse du tympan. Cette cavité était revêtue d'un tissu cicatriciel lisse, recouvert çà et là d'épiderme brillant. Le conduit auditif osseux, la cavité tympanique et la partie antérieure de l'apophyse mastoïde se sont presque complètement fondus dans cette cavité commune, de même que *tout le labyrinthe;* car on ne trouve plus trace ni du vestibule, ni des canaux semi-circulaires, ni du limaçon, non plus que du canal facial, et il n'est plus resté de l'os du rocher que la paroi amincie et transparente, postérieure et supérieure.

(1) Voir le *Traité élémentaire* de Politzer, sur le traitement curatif des maladies de l'oreille, 2e édition, page 318.

On se trouve certainement ici en présence d'un cas de cholestéatome arrivé à complet développement à la suite d'une suppuration de l'oreille moyenne, et qui offre encore un intérêt tout particulier par suite de la perte de la substance osseuse si étendue qui s'est produite dans l'os temporal. Nos auteurs relatent toute une série de formations de cavités étendues dans l'os temporal, à la suite d'accumulation de masses cholestéatomateuses; mais je ne connais pas un cas semblable à celui-ci, de perte complète de tout le labyrinthe.

Ces pertes de substance osseuse sont amenées en partie par l'usure de la pression de la masse de la tumeur, en partie par une atrophie du tissu osseux, suite de la tranformation pathologique du revêtissement de l'oreille moyenne.

Assez souvent cependant, il existe déjà, dans l'os temporal, avant la formation du cholestéatome, des lacunes de substance osseuse, amenées par des fusions à la suite de carie, ou par l'exfoliation de parties osseuses nécrotiques, qui peuvent obtenir par la croissance du cholestéatome une extension plus considérable.

Les pertes relatives à ce point, le plus souvent constatées cliniquement, se rapportent le plus fréquemment à la margelle tympanique de l'os temporal et à une grande partie de la paroi osseuse, postérieure et supérieure du conduit auditif, en suite de quoi le conduit auditif externe, la caisse du tympan et l'apophyse mastoïde se fondent en une cavité irrégulière commune.

Dans la plupart des préparations décrites juqu'à présent, on constata que l'embouchure tympanique de la trompe d'Eustache était fermée par des tissus membraneux ou osseux. — L'occlusion de cette embouchure forme, à mon avis, un facteur important de l'invasion de l'épiderme du conduit auditif dans la caisse.

Aussi longtemps que la trompe d'Eustache est perméable, qu'ainsi l'épithélium de la cavité tympanique est en relation continue, d'une façon ininterrompue, avec celle de la trompe et des espaces du naso-pharynx, elle oppose une résistance supérieure à l'entrée de l'épiderme du côté du conduit auditif

externe. Mais si cette continuité est interrompue par l'obstruction de la trompe d'Eustache, l'épithélium de la cavité tympanique perd sa puissance de résistance, et la couche épidermique pénètre d'autant plus facilement dans la cavité tympanique que, pendant et après les inflammations terminées de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe, il se produit souvent une formation plus rapide surabondante d'épiderme dans ledit conduit, qui a pour effet l'invasion de ces formations dans la caisse.

(*Suite et fin dans le prochain numéro.*)

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MYXOMES DU LARYNX

Par M. Ad. **DUDEFOY**, interne des hôpitaux
(Clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière).

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de myxome du larynx à la clinique laryngologique de Lariboisière, nous avons recherché dans les différents auteurs la relation de cas analogues.

En présence du très petit nombre d'observations que nous avons pu relever, nous avons acquis la certitude que c'était une affection assez rare ; aussi avons-nous pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de publier l'histoire de notre malade.

Le 15 juillet 1890 se présente à notre consultation le nommé Cad... Jules. Cet homme, âgé de 46 ans, est né à Ambremenil (Seine-Inférieure); il habite depuis 30 ans Paris, où il exerce la profession de cuisinier. Notre malade se présente avec le diagnostic de tuberculose laryngée, et comme tel il a été renvoyé,

nous dit-il, d'un certain nombre de consultations médicales.

Ce dont il se plaint surtout, c'est d'une gêne respiratoire assez prononcée et à marche progressivement croissante; il fait remonter à six mois environ le début de ces accidents.

A première vue, ce qui frappe d'abord, c'est que l'inspiration paraît se faire aisément, tandis que l'expiration paraît pénible; le malade se trouve pour ainsi dire dans l'impossibilité d'expulser l'air inspiré.

Les efforts, une marche un peu rapide, l'ascension d'un escalier, exagèrent ces troubles, et à ce moment le malade devient cyanique.

C'est à trois ou quatre semaines qu'il fait remonter le début de ces accidents plus intenses qui, non seulement l'inquiètent, mais le mettent dans l'impossibilité d'exercer son métier.

Le sommeil n'est pas troublé, l'appétit est conservé, il n'y a pas de troubles de la déglutition: l'état général est satisfaisant, le malade n'a pas maigri; il ne présente pas l'aspect cachectique.

Dans ses antécédents pathologiques personnels, nous ne trouvons rien qui mérite d'être signalé. Ses père et mère sont morts vieux.

Il tousse à peine; du reste, l'auscultation des poumons pratiquée avec soin ne révèle aucun bruit anormal. Son expectoration est assez abondante, muqueuse, mais sans grands caractères; il nous affirme n'avoir jamais craché de sang.

Depuis deux mois, il a en outre observé des troubles du côté de la voix : de claire qu'elle était, elle devenait par instants voilée et rauque, et s'il persistait à vouloir parler, une aphonie complète se manifestait pendant quelque temps, puis la voix revenait peu à peu après un temps de repos.

Depuis plusieurs jours, la voix est totalement voilée, et d'une façon permanente : elle est presque éteinte.

Examen laryngoscopique.— L'épiglotte est normale et s'ouvre assez facilement. La région aryténoïdienne et les replis aryténoïdiens sont normaux, non tuméfiés, un peu vascularisés. Un peu de vascularisation du vestibule du larynx qui ne semble pas tuméfié.

La glotte est obstruée complètement, sauf un petit passage qui reste libre en arrière, par une tumeur volumineuse, arrondie, d'un rouge assez vif par places, tandis que d'autres endroits sont d'une coloration plus claire : la tumeur, dans sa partie la plus saillante, offre une petite teinte hémorrhagique.

Cette tumeur semble adhérer au côté gauche du larynx, soit au ventricule, soit à la glotte.

(Nous présentons ici une planche que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Mounier, et qui représente l'aspect laryngoscopique de notre tumeur.)

L'opération fut décidée séance tenante, et pratiquée par M. le Dr Gouguenheim au moyen de sa pince coupante dont la descrip-

(Fig. 1.)

tion a été donnée dans un récent mémoire, fait en collaboration avec M. Glover. (*Annales des mal. or. et lar.*, nos 8 et 9; 1890.)

On enlève successivement deux fragments de la tumeur, gros comme la moitié de l'ongle du petit doigt.

Immédiatement après cette intervention, le malade peut respirer amplement et retourne à la salle; l'hémorrhagie fut insignifiante.

Les deux morceaux ainsi enlevés sont examinés : ils présentaient extérieurement une surface assez dure, presque cornée, offrant dans une grande partie une surface à aspect hémorrhagique; l'hémorrhagie pénétrait peu dans l'intérieur de la tumeur et la couche périphérique offrait une épaisseur assez sensible.

Au-dessous de cette surface dure et cornée se trouvait un amas de tissu mou qui diminua bientôt dans l'alcool absolu où on fit durcir la tumeur.

L'examen histologique, fait par M. le D[r] Latteux, montra l'existence d'un myxome tout à fait caractéristique et dont nous donnons l'image microscopique d'après la photographie de la préparation faite par M. Glover.

On voit au-dessous d'une couche épithéliale, présentant une certaine épaisseur, des cellules allongées réunies les unes aux autres et formant un véritable stroma à chaîne écartée dont les mailles se trouvent remplies par un tissu homogène.

Immédiatement au-dessous de ce tissu, on voit d'assez nombreux vaisseaux.

Après cette opération, le malade est notablement amélioré: la voix, qui était à peu près éteinte, se fait entendre; la respiration est degagée l'obstacle étant levé; notre malade, d'essoufflé qu'il était, respire maintenant avec la plus grande facilité.

J. Glover.

Polype laryngien énorme
(Myxome).

A l'examen laryngoscopique pratiqué le 17 juillet, deux jours après l'intervention, on constate l'existence de vestiges déchiquetés rougeâtres, formant encore une tumeur qui adhère manifestement à la commissure antérieure et à la lèvre gauche

de la glotte dans les trois quarts antérieurs de son étendue. La partie inférieure de la tumeur descend encore dans la trachée que l'on peut voir aisément.

Le 19 juillet, c'est-à-dire quatre jours après la première intervention, on pratique une seconde opération qui permet d'extraire la plus grande partie de la tumeur sous forme de petits fragments irréguliers.

Une troisième opération permet d'enlever les derniers vestiges de la tumeur au niveau de la commissure antérieure.

La lèvre gauche de la glotte était plus épaisse, la droite presque normale, mais légèrement colorée.

A partir de ce moment, la voix resta à peu près normale et ne changea plus jusqu'au départ du malade ; du côté de la respiration on ne note plus aucun trouble.

Pendant son séjour dans le service, notre malade fut soumis trois fois par semaine à des pansements locaux astringents avec la solution de chlorure de zinc à 1/30.

Le malade peut quitter l'hôpital presque entièrement guéri le 30 juillet. Il revint encore nous voir pendant un mois de temps en temps, puis il guérit complètement et ne revient plus.

Le dessin et la coupe de cette tumeur, qui se trouvent inclus du reste dans notre observation, furent montrés pendant le Congrès international de Berlin par M. le Dr Gouguenheim aux assistants de la clinique laryngologique de l'Université royale du professeur B. Fraenkel.

L'observation que nous venons de rapporter est remarquable à cause du volume de la tumeur et de la nécessité où l'on fut d'en pratiquer des extractions partielles.

Il est permis d'affirmer que ce myxome avait atteint à peu près le volume d'un noyau d'abricot; il n'est certes pas habituel de rencontrer des tumeurs uniques de cette grosseur dans l'intérieur du larynx. L'aspect uniforme, lisse, corné avec la coïncidence d'une petite hémorrhagie à la surface provoquée probablement par les frottements incessants de la tumeur sur les parties voisines, permettait de soupçonner l'existence d'un myxome corné, en raison de l'analogie présentée avec les tumeurs de même nature que l'on observe quelquefois dans les fosses nasales; mais cet aspect n'est pas celui que l'on rencontre habituellement dans les myxomes laryngiens. Aussi la planche coloriée qui fut montrée aux

nombreux membres de la section laryngoscopique du Congrès international de Berlin intéressa vivement l'assistance, en raison précisément de ce volume inusité et de l'apparence de la tumeur. Cet aspect opaque ne laissait pas, en effet, que de provoquer des doutes sur la nature de la tumeur jusqu'à ce que l'examen microscopique dont nous avons donné une reproduction vienne fixer le diagnostic d'une façon indiscutable.

Habituellement les myxomes du larynx n'offrent pas cet aspect, ils revêtent plutôt l'apparence hyaline qui les fait ressembler à des kystes. Quelquefois la tumeur, au lieu d'être translucide et opaline, est d'un rouge vif ou violacé, ce qui peut faire penser à l'existence d'un angiome; le fait est arrivé dans un cas à M. le Dr Gouguenheim, et l'examen histologique, dans cette occurrence, montrait dans l'intérieur de la tumeur des vaisseaux d'un assez gros volume remplis de sang; du reste, cet aspect peut se montrer dans les myxomes.

L'analogie d'aspect avec les kystes dans la plupart des cas est vraisemblablement la cause de la divergence qui existe entre les auteurs au point de vue de la fréquence dans le larynx de l'une ou de l'autre de ces tumeurs. Les classiques regardent le kyste comme rare dans le larynx et le myxome comme relativement fréquent, et pourtant certains auteurs très compétents, M. le Dr Garel, par exemple, aurait pu rassembler dans un mémoire, paru dans ce recueil, un nombre très grand de tumeurs kystiques observées en peu de temps.

Il est vrai que l'examen microscopique de petits kystes ou de tumeurs myxomateuses hyalines n'est pas aisé à faire, à cause de la facilité avec laquelle la pince dilacère ces tissus si mous; peut-être faut-il voir là la cause de ces divergences dans les vues des auteurs.

Quoi qu'il en soit, le fait de l'observation d'un myxome dur, corné, volumineux et unique, tel que celui que nous venons de décrire, est une éventualité fort rare, et la lecture des auteurs, à ce sujet, ne saurait faire changer cette opinion; aussi avons-nous cru qu'il y avait intérêt à publier ce cas exceptionnel.

III

LES MALADIES D'OREILLE DANS L'INFLUENZA

Par le Dr **A. JOLY**, de Lyon.

A propos de l'article du Dr Ludewig sur ce sujet, nous signalions le grand nombre de mémoires parus en Allemagne et ailleurs sur cette question. Nous allons passer en revue les principaux. L'épidémie a été de si courte durée, que ce n'est qu'à l'aide d'une enquête générale que l'on peut être fixé sur son importance au point de vue de l'oreille.

Le Dr PATRZEK paraît avoir été le premier qui ait appelé l'attention en Allemagne sur la fréquence des affections de l'oreille dans l'influenza. Il signale (*Allgem. medicin. Centralzeitung*, 1800, nos 6 et 9) comme symptôme caractéristique l'hémorrhagie, qu'il a observée sous forme d'extravasation dans la membrane du tympan et dans deux cas de sécrétion sanguino-séreuse de la muqueuse de la caisse. Son traitement a consisté dans l'emploi du procédé de Politzer ou du cathéter, des injections d'eau salée et de l'insufflation de poudre borique, de sel de Karlsbad.

SCHWABACH (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 3) a rendu compte de 62 cas d'otite moyenne aiguë. Ce qu'il y a de frappant, c'est le nombre relativement grand (22) des hémorrhagies dans le tissu de la membrane du tympan, sous formes d'ecchymoses simples ou multiples ou de vésicules hémorrhagiques plus ou moins grosses. Fréquemment l'oreille externe était affectée.

DREYFUSS (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 3) a observé également des inflammations hémorrhagiques graves de la membrane du tympan accompagnant des accumulations d'exsudat séreux ou purulent — non hémorrhagique — dans la caisse. Tous les autres cas d'otite par influenza se sont produits sans exception sous la forme d'otite moyenne aiguë.

L'auteur a distingué deux types : les cas où l'otite se montrait dès le premier ou le deuxième jour de l'infection générale, et dans lesquels il voit une localisation de l'influenza dans l'oreille; les autres survenant huit à quinze jours, et paraissant transmis de l'espace naso-pharyngien à l'oreille moyenne par la trompe.

Michael, de Hambourg (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 6), distingue, lui aussi, les maladies d'oreille consécutives à l'influenza et celles qui résultent directement d'une localisation de l'influenza dans l'oreille. Les premières ne se distinguent en rien de celles qu'on observe dans les refroidissements, la rougeole, la scarlatine, etc ; les autres présentent le caractère de l'infection par influenza, qui consiste en une hyperhémie grave des tissus de l'oreille. L'auteur rejette la paracentèse comme inutile et nuisible et préconise le traitement antiphlogistique et diaphorétique.

Ludwig Jankau (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 12) rend compte de 150 cas de maladies d'oreille, pendant ou après l'influenza, qui ont été observés en décembre et janvier dans la policlinique de Strasbourg et dans la pratique privée du professeur Kuhn. L'auteur attribue à l'otite par influenza un caractère spécial, qui se traduit par l'état de la membrane du tympan et la place où se fait la perforation. La membrance du tympan est rouge foncé, infiltrée, traversée par des hémorrhagies. La perforation spontanée, sauf dans un seul cas, a toujours eu lieu dans le segment antéro-postérieur.

Haug (*Munch. med. Wochenschr.*, 1890, n° 8) a observé, du 25 décembre 1889 au 1er février 1890, 80 cas d'affections de l'oreille en relation directe avec l'influenza. Il les divise en trois groupes : le premier comprend les formes les plus légères du catarrhe de la trompe, avec ou sans exsudation dans la caisse (26 cas); le deuxième est constitué par les otites moyennes purulentes (37 cas); enfin la forme hémorrhagique, le vrai type de l'influenza, forme le troisième groupe (17 cas).

Eitelberg (*Wien. med. Presse,* 1890, n° 7) est complètement d'accord avec Dreyfuss et Schwabach. Il a observé

100 cas, tant dans sa pratique privée que dans la clinique d'Urbantschitsch. Les hémorrhagies sont un signe presque caractéristique des otites par influenza.

Josef Gruber (*Allgem. med. Zeitg.*, 1890, n° 10) relève d'abord la fréquence du catarrhe aigu et de l'otite moyenne aiguë. Les cas observés à sa clinique en novembre, décembre et janvier ont triplé par rapport à l'année précédente. Il signale principalement, parmi les symptômes subjectifs, l'intensité des douleurs persistant longtemps après le début de l'otorrhée; ces douleurs rayonnaient jusqu'à la nuque et l'extrémité supérieure du même côté. Le symptôme objectif le plus saillant est l'hyperhémie grave que l'on constatait sur la muqueuse de l'oreille moyenne, la membrane du tympan, dans le conduit auditif externe, ainsi que dans les tissus voisins de l'oreille. C'est à cette hyperhémie que l'auteur attribue les douleurs violentes et persistantes. Chez 6 malades, on dut faire l'ouverture de l'apophyse mastoïde. Pas de cas de mort, mais des otites purulentes à ranger parmi les plus graves que l'auteur ait observées, notamment dans la scarlatine et la pneumonie.

D'après Gruber, l'affection de l'oreille est primitive dans beaucoup de cas.

Adam Politzer (*Wien med. Blätter*, 1890, n°s 9 et 10) divise ses observations en deux groupes :

1° Maladies chez des individus ayant auparavant les oreilles saines;

2° Aggravations et récidives d'affections d'oreille antérieures.

L'auteur a observé dans sa pratique privée et à la clinique 134 cas pendant l'épidémie, quatre fois autant que pendant la même période de l'année précédente. Parmi les symptômes objectifs des otites aiguës, il a reconnu la myringite bulleuse hémorrhagique qu'il a décrite dans la première édition de son *Traité des maladies de l'oreille*.

Comme symptômes subjectifs, l'auteur signale une violente douleur dans l'oreille dès le début, douleur rayonnant plus souvent que d'ordinaire vers le sommet du crâne, l'occiput, les dents et les épaules, et conservant fréquemment

son intensité pendant plusieurs jours. Même après le départ des symptômes inflammatoires et de la suppuration, il restait parfois des douleurs névralgiques et des bruits subjectifs, ainsi qu'une grande susceptibilité pour les sons et les bruits.

La formation d'abcès dans l'apophyse mastoïde a été fréquente, dix fois il a fallu pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde. Le traitement n'a pas différé de beaucoup de celui des otites habituelles. Cependant la paracentèse a été faite plus souvent. La muqueuse naso-pharyngienne était désinfectée par des solutions faibles de résorcine ou par de la poudre d'acide borique ou d'iodol.

Hennebert (*La Clinique*, 1890, n° 4) a observé à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, dans la clinique otologique du Dr Charles Delstanche, 34 cas d'otite moyenne aiguë contre 8 cas dans la même période de l'année précédente. Il regarde l'otite par influenza comme ayant un caractère tout à fait spécial. Elle débuterait par une myringite avec hémorrhagies interstitielles dans la membrane elle-même ou dans le revêtement du conduit auditif. Dans d'autres cas, il s'y ajoute une otite moyenne.

Le traitement a consisté en irrigations, douches d'air et instillation d'huile de jusquiame avec morphine.

On voit que toutes ces observations concordent en quelques points qui peuvent être considérés comme acquis : forme hémorrhagique, violentes douleurs, persistant après l'ouverture de la membrane du tympan et s'irradiant dans tous les sens ; fréquence exceptionnelle des maladies d'oreille pendant le passage de l'épidémie, formes graves d'otite moyenne aiguë.

Tel est le bilan de la terrible visiteuse, dont on se moquait au début, et qui a fini par se faire prendre au sérieux.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'exploration des vertèbres cervicales par voie buccale, par le Dr DEMME, de Berlin. (Librairie G. Schade, Berlin, 1891.)

Des recherches faites sur 24 cadavres d'adultes ont conduit l'auteur à cette conclusion générale, que les vertèbres cervicales pouvaient être explorées par voie buccale bien plus loin que ne l'indiquent les ouvrages classiques. Pour l'exploration, l'auteur se met à gauche du cadavre, en décubitus dorsal, et introduit l'index droit entre les dernières molaires gauches, de façon à explorer le pharynx avec le bord cubital, l'épiglotte avec le bord radial de la pulpe du doigt. Dans ces conditions on atteint, dans la majorité des cas, la cinquième vertèbre, souvent la sixième, exceptionnellement la septième et la première dorsale (vieillard édenté). La profondeur à laquelle on peut aller dépend de l'écartement des mâchoires, de la hauteur des dents. L'épiglotte répond bien le plus souvent à la quatrième vertèbre, mais les cartilages aryténoïdes n'atteignent que le niveau de la cinquième cervicale, ce qui ne répond pas à la description classique. M. W.

SECTION DE LARYNGOLOGIE DU CONGRÈS DE BERLIN

COMPTE RENDU DE LA SECTION LARYNGOLOGIQUE DU DIXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL. BERLIN, 4-9 AOUT 1890, par le Dr PAUL KOCH, de Luxembourg (1).

Première séance.

B. FRÆNKEL lit son discours d'ouverture intitulé : *La laryngologie depuis le dernier Congrès de* 1887. En énumérant les faits

(1) D'après le compte rendu de A. Rosenberg (*Int. Centr. f. Lar. Rhin., etc.*, nos 4 et 5, 1890).

principaux constatés depuis trois ans, l'auteur démontre les progrès toujours croissants de la science laryngologique ; il constate avec la plus grande satisfaction que les gouvernements ont compris la nécessité et le droit d'existence de cette branche de la médecine en créant des chaires spéciales dans les universités ; il constate le travail incessant et fructueux des laryngologistes qui créent de nouvelles publications dans tous les pays du monde. Ce sont notamment les chapitres du cancer laryngien et de la pachydermie laryngienne qui ont été cultivés et perfectionnés dans les derniers temps. Les questions du tubage laryngien et du traitement local de la phthisie laryngée on été élucidées. La manie de vouloir tout expliquer par les névroses réflexes a été calmée et réduite à sa juste valeur ; l'éclairage des cavités accessoires du nez a fait de grands progrès, vu que l'on a construit des appareils produisant une lumière très intense ; le diagnostic ainsi que le traitement des affections de ce sinus ont fait de grands progrès.

Seifert (de Würzbourg) lit son travail sur l'*ozène ou la rhinite atrophique* ; l'auteur distingue deux formes de cette maladie : 1° la rhinite atrophique simple, et 2° la rhinite atrophique fétide. Dans la première forme on ne constate que l'atrophie simple sans formation de croûtes et sans fétidité, avec ou sans métaplasie de l'épithélium en épithélium transitoire ; dans la seconde catégorie il existe des croûtes, de la fétidité, transformation partielle ou totale de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, décomposition et carnification des lamelles exfoliées, ces dernières avec les micro-organismes produisent la fétidité. Ces deux formes ne constituent que de simples variétés du catarrhe chronique de la muqueuse nasale.

Berliner (de Breslau) traite le même sujet. C'est surtout le cornet moyen qui donne naissance à l'ozène, parce qu'il s'adapte sur le foramen sphénopalatin et détruit ainsi la circulation de tout l'intérieur du nez par une espèce de strangulation des vaisseaux sanguins destinés à nourrir les tissus du nez, la fétidité provient tout simplement de la décomposition des sécrétions. Le traitement, selon l'auteur, consiste à écarter le cornet moyen du septum nasal et à le raccourcir par le galvanocautère en cas d'hypertrophie.

Rosenfeld (de Stuttgard) traite de l'*étiologie de l'ozène*. Il cite l'exemple de toute une famille dont la mère était atteinte de punaisie et dont les neuf enfants souffrirent de la même affection ; l'hérédité consistait en un élargissement héréditaire

des fosses nasales qui ne pouvaient pas être suffisamment débarrassées des cocci par le courant respiratoire. Quelques cas d'ozène commencent par l'atrophie même; cependant toute atrophie ne conduit pas nécessairement à l'ozène; certaines formes sont de naissance.

Discussion.

MASSEI (de Naples) est d'accord avec Seifert et cite le nom de son assistant, le Dr Marano, qui n'a jamais trouvé le diplocoque de Lœwenberg dans la première catégorie, tandis qu'il l'a constaté dans la seconde.

VALENTIN (de Berne), partisan de l'étiologie mécanique de l'ozène, rapporte qu'à Berne, où le goitre est endémique, l'ozène se trouve très souvent chez des personnes dont le crâne est défiguré par l'enfoncement et par conséquent par le rétrécissement des os nasaux.

KAYSER (de Breslau) cite contre la théorie de Berliner le fait que des polypes nasaux, des hypertrophies des cornets, peuvent atteindre le septum nasal sans produire l'ozène; il faut que la rétention des sécrétions et leur décomposition se fasse par une rétention d'origine fœtale.

SCHMITHUYSEN admet une disposition individuelle; il a vu, en outre, une rhinite croupeuse comme premier début de l'ozène.

Deuxième séance.

Déviations et proéminences du septum nasal.

MOURE (de Bordeaux) cite comme indication pour le traitement opératoire des proéminences cartilagineuses ou osseuses les symptômes suivants : 1° rétrécissement empêchant la respiration nasale; 2° troubles du côté de l'oreille comme suite ou qui ne peuvent être soignés à cause de ces proéminences; 3° névroses réflexes que l'on suppose être la conséquence de ces proéminences. Le redressement mécanique est peu sûr; l'extirpation au moyen de la scie, la gouge, les pinces, est à conseiller, seulement il est difficile à pratiquer et le traitement consécutif est long. L'électrolyse a donné les meilleurs résultats à l'auteur.

Hartmann (de Berlin) cherche les causes de ces déviations dans un état fœtal et dans des traumas ; il distingue : 1° des déviations avec ou sans épaississement ; 2° formation de crêtes ; 3° apophyses épineuses. L'angle de déformation se trouve presque toujours à la jointure du vomer et du cartilage quadrangulaire et de la lame perpendiculaire de l'os éthmoïdal ; la ligne de déformation s'étend de l'apophyse épineuse nasale antérieure jusqu'au bec sphénoïdal. Les proéminences et les apophyses épineuses ont ordinairement leur siège entre le vomer et le cartilage quadrangulaire, ou bien entre le vomer et la lame perpendiculaire, ou bien encore entre le cartilage quadrangulaire et la lame perpendiculaire. L'auteur est d'accord avec Moure quant aux indications de l'opération. Comme procédé opératoire, il emploie la section du cartilage par le galvano-cautère, le refoulement de la muqueuse du côté opposé par la gouge, les ciseaux et les pinces.

Gouguenheim (de Paris). *Déformation nasale concomitante et définitive consécutive aux abcès chauds de la cloison nasale.* (Voir *Annales*, p. 604; 1890.)

Tœplitz (de New-York). *Contribution à l'étiologie de la perforation du septum nasal.*—Lues, tuberculose, diphthérie, lèpre, en sont la cause; on la rencontre aussi dans l'ozène. 61.3 0/0 des ouvriers travaillant les couleurs arsenicales (vert de Schweinfurt) montrent une perforation de la cloison nasale cartilagineuse.

Lœwe. *Exostoses de la cloison nasale.* — Normalement il s'en trouve deux : la proéminence de Schwalbe et l'organe de Jacobson ; le dernier est l'organe de l'odorat ; les exostoses ne représentent qu'une hypertrophie de cet organe. En outre on remarque très souvent : 1° l'étranglement de l'organe de Jacobson dans le méat nasal ; 2° l'atrophie des cornets voisins ; 3° déviation de la cloison correspondant à l'hypertrophie ; 4° enfoncement de la paroi nasale latérale et rétrécissement de l'antre d'Highmore ; 5° concavité du septum de l'autre côté ; 6° hypertrophie d'un ou de plusieurs cornets.

Discussion sur les communications précédentes.

Patrzek (d'Oppeln) a constaté la déviation du septum chez les nouveau-nés; pour les guérir, il suffit de tracer une ligne avec le galvano-cautère pointu et d'enlever le pont ainsi formé au moyen du ciseau.

MASSEI recommande, en cas de déviation de la cloison chez les enfants, le tamponnement avec la ouate et l'emploi de l'air comprimé.

SCHMIDTHUYSEN a constaté la perforation de la cloison cartilagineuse chez les ouvriers d'une fabrique de couleurs; le cornet moyen était toujours atrophié.

HERZFELD doute que l'organe de Jacobson représente le centre de l'olfaction.

ROSENFELD prétend que les perforations peuvent être le résultat de causes trophiques ou de thrombus.

SANDMANN croit que les proéminences horizontales du plancher nasal proviennent des excroissances de l'organe de Jacobson; le trou que l'on y observe est le sillon destiné à recevoir l'artère et la veine du septum nasal; il traite les déviations au moyen de la lime.

ONODI a émis les mêmes idées dès 1887.

Diagnostic et thérapeutique des maladies des sinus accessoires du nez.

MC BRIDE (Edimbourg) les divise en deux catégories: 1° celles qui ont étendu ou perforé les parois de ces cavités; 2° celles qui n'ont pas encore conduit à ce résultat. Parmi les premières, il compte: 1) les tumeurs qui prennent naissance dans la cavité même, qui élargissent cette dernière par leur accroissement; 2) des kystes ou des produits morbides retenus dans la cavité; 3) lésions par des tumeurs provenant du voisinage ou par des diathèses. Parmi les secondes, il compte: 1) tumeur de la cavité avant qu'elles n'exercent une pression sur les parois de la cavité; le diagnostic de ces dernières est à peu près impossible; 2) la carie des parois; 3) les liquides qui ont un écoulement franc.

Empyème des différentes cavités. 1° *empyème de l'antre d'Highmore;* symptômes principaux: écoulement unilatéral d'un pus souvent fétide, douleurs frontales, pus dans le méat moyen, surtout quand la tête est inclinée en avant, pus souvent seulement à constater par la rhinoscopie postérieure; plus rarement maux de dents, œdème de la face, congestions intermittentes de la gencive; la carie dentaire est la cause la plus ordinaire; les polypes et d'autres maladies sont rarement les complications consistant en empyème des sinus frontal et ethmoïdal; le traite-

ment consiste dans la perforation de l'antre, dans les lavages antiseptiques et coinsufflation de poudres antiseptiques ; 2° *empyème du sinus frontal* · pus dans le conduit nasal moyen, n'augmentant pas comme dans l'empyème de l'antre d'Highmore par l'inclinaison de la tête en avant ; peut provenir par propagation de l'empyème de l'antre d'Highmore ; les injections et douches d'air sont à conseiller avec prudence ; 3° empyème des cellules ethmoïdales très difficiles à diagnostiquer ; 4° catarrhe du sinus sphénoïdal, difficile à diagnostiquer.

SCHECH (Munich). Les causes des affections des cavités accessoires du nez sont l'occlusion de l'ouverture normale par le gonflement de la muqueuse, par des tumeurs, par des granulations, par propagation d'une inflammation nasale ou par des traumas ; carie des dents, tuberculose, syphilis, influenza, par les affections de l'antre d'Highmore ; écoulement de pus par le conduit nasal moyen ou par la gouttière nasale, hyperplasie de la muqueuse, granulations ou polypes du cornet moyen, carie de la paroi nasale externe, augmentation de l'écoulement puriforme la tête étant inclinée en avant, entrée de l'air. L'éclairage ne donne pas une sûreté suffisante ; la sonde, la ponction exploratrice et l'injection exploratrice sont beaucoup plus sûres ; la thérapeutique doit traiter d'abord la cause de l'affection ; ouvrir artificiellement ; injections, traitement sec ; dans des cas graves élargir l'ouverture par des tampons de gaze iodoformée. Il faut ouvrir seulement le sinus frontal quand ce dernier est proéminent, quand l'air est dévié et quand il existe des symptômes de compression cérébrale. Les cellules mastoïdiennes sont à ouvrir par la ponction du cornet moyen ; le sinus sphénoïdal s'ouvre au moyen d'un stylet pointu que l'on avance du cornet moyen vers la paroi antérieure de ce sinus.

VOHSEN (Francfort-s.-M.). *Sur l'éclairage de l'antre d'Highmore et du sinus frontal; diagnostic des affections de ces sinus et leur traitement.* —L'éclairage en cas d'accumulation du pus dans l'antre d Highmore montre l'orbite inférieure et la papille correspondante foncés, tandis que ces dernières sont éclairées à l'état normal. En dehors des insufflations d'iodoforme, d'aristol, on peut employer le sulfocianol. Dans des cas graves, il faut ouvrir largement et introduire des tampons de gaze iodoformée. L'auteur s'étend très longuement sur l'anatomie et l'anatomie topographique du sinus frontal ; douleurs frontales, névralgies susorbitaires, gonflement de la paupière supérieure n'existent pas constamment en cas d'affection du sinus frontal ; d'un autre côté,

l'écoulement du pus peut cesser par gonflement de la muqueuse et le sondage ne réussit pas toujours; l'éclairage, dans ce cas, est de la plus grande importance; l'auteur explique son emploi.

Discussion.

HERYNG (Varsovie) appuie sur la grande valeur de l'éclairage en cas de maladie des cavités accessoires du nez; il en montre les difficultés et les fautes commises jusqu'à présent; il faut surtout que l'obscurité de la chambre soit complète; Heryng a éclairé le sinus frontal par le nez et l'apophyse mastoïde par le conduit auditif externe.

HARTMANN regarde comme facile le diagnostic de l'empyème du maxillaire supérieur, surtout en faisant l'irrigation par le méat nasal moyen; il a même guéri plusieurs cas de cette façon; si cette médication n'aboutit pas, il faut ouvrir par la fosse canine.

FLATAU pratique, s'il existe de la carie dentaire, l'extraction de deux molaires et l'extirpation du septum dentaire.

FREUDENTHAL (New-York) prétend que l'éclairage par transparence n'est pas toujours sûr.

NEUMANN (Budapesth) prétend que des polypes des cavités accessoires du nez passent souvent inaperçus.

LŒWE fait mention de l'origine des tumeurs par occlusion du conduit excréteur commun des glandes de l'antre d'Highmore.

WALTER (Francfort-s.-M.) prétend qu'il faut employer, outre l'éclairage, la ponction exploratrice, pour marcher sûrement.

HEYMANN prétend que l'éclairage par transparence est loin d'être un symptôme sûr; dans un cas de polype naso-pharyngien, l'antre d'Highmore était libre, et cependant il n'a pu être éclairé par transparence.

Troisième séance.

Diagnostic et traitement du cancer laryngien.

BUTLIN (Londres), les carcinomes internes du larynx (fausses cordes vocales, ventricule de Morgagni, cordes vocales, etc.) n'affectent souvent pas les glandes lymphatiques, tant qu'ils restent limités à l'intérieur du larynx. Les carcinomes externes

(épiglotte, plis aryépiglottiques, etc.), au contraire, affectent toujours les glandes lymphatiques et peuvent rarement sinon jamais guérir. L'expérience montre que l'idée de l'auteur d'extirper seulement les cancers intrinsèques est la vraie; il a rassemblé 102 exemples de ce genre, dont 26 décès par suite de l'opération; la difficulté existe dans l'asepsie et dans les pneumonies; vingt-quatre heures après l'opération la première canule à tampons doit être écartée, et l'on doit traiter la plaie ouvertement par l'iodoforme; le malade doit être couché sur le côté; la nutrition se fait par une sonde construite par l'auteur; 15 de ses malades sont guéris; il ne faut pas extirper plus qu'il n'est nécessaire; les cartilages malades doivent être traités par la cuillère tranchante; le traitement intra-laryngé ne suffit jamais. La thyrotomie suivie de l'excision soulage beaucoup dans tous les cas. Il y a des carcinomes intérieurs qui sont de très mauvaise nature et qui sont inopérables. A l'occasion, un carcinome externe peut être opéré avec espoir de guérison.

Gottstein (Breslau), l'image laryngoscopique du cancer est quelquefois très caractéristique; des excroissances irrégulières, papillomateuses, surgissent d'une base d'implantation dure et infiltrée; adhérences du néoplasme avec la base infiltrée; rarement l'infiltration de la base d'implantation est peu prononcée, plus rarement encore la surface extérieure du néoplasme se perd tout à fait dans la base d'implantation. L'infiltration carcinomateuse sans formation de néoplasme se rencontre assez souvent, même plus souvent que les tumeurs malignes sans infiltration de l'entourage. L'immobilité de la corde vocale correspondante n'est pas un symptôme pathognomonique. L'examen histologique d'une partie enlevée du fond du néoplasme n'a de valeur que quand on trouve un résultat positif; les symptômes subjectifs concomitants et objectifs sont sans valeur réelle. Le traitement consiste dans l'extirpation totale, de sorte que les opérations endolaryngiennes sont de peu de valeur.

Bosworth donne son appréciation sur tous les cas de carcinome connus dans la littérature avec beaucoup de détails; l'auteur parle sur la fréquence, les symptômes des carcinomes et du sarcome des premières voies respiratoires. Sur 204 cas de carcinome il ne constate que 5 guérisons; sur 130 sarcomes, 30; le sarcome doit être opéré au moyen de l'anse froide si c'est possible; de même le carcinome du pharynx et du nez; à l'œsophage et aux amygdales, il faut faire l'opération radicale. Le carcinome primitif des amygdales est plus fréquent qu'on n'a l'habitude de

l'admettre. Pour de plus amples détails, il faut lire l'original.

NEUMANN (Budapest). *Contribution à l'origine du cancer laryngien.* L'auteur a vu deux cas avec une infiltration tuberculeuse de la majeure partie de la muqueuse laryngienne qui existait depuis longtemps et qu'il croit devoir regarder comme laryngite hyperplasique. Plus tard, la sténose se déclare. Opération; l'examen microscopique révèle le carcinome. Dans un troisième cas, il paraît qu'une leucoplasie a précédé le carcinome.

PIENAZEK. *Sur la laryngofissure d'après mes propres expériences.* Sous le rapport des opérations chirurgicales, nous conseillons de lire l'original. L'auteur considère comme indication de la laryngofissure : 1) la chordite vocale inférieure hypertrophiée, si la dyspnée est telle que la trachéotomie paraît imminente; l'excision de la muqueuse hypertrophiée doit la suivre. Dans tous les autres cas, la dilatation mécanique d'après Schrœtter suffit ; 2) les mêmes principes sont à suivre s'il s'agit de tumeurs hypertrophiques irrégulières; 3) en cas de blennorrhée de Stœrk quand les cordes vocales sont adhérentes en grande partie, les cicatrices doivent être traitées ensuite avec la cuillère tranchante; 4) en cas de papillomes, quand l'extirpation endolaryngienne ne suffit pas; 5) en cas de carcinome ou même quand ce dernier est seulement supposé; 6) en cas de tuberculose, quand l'opération endolaryngienne n'a pas de chance de guérison ou quand la trachéotomie semble nécessaire; 7) en cas de sténose par brides cicatricielles étendues; 8) en cas de corps étrangers qui ne peuvent être enlevés ni par la voie naturelle ni par la trachéotomie; 9) en cas de traumatisme ou de fracture thyroïdienne dans le but de redressement des morceaux fracturés et de leur fixation; 10) en cas de périchondrite quand on suppose l'accumulation de pus; 11) en cas de rétrécissement après périchondrite.

H. KRAUSE fait remarquer que le diagnostic du cancer laryngien au début est très difficile; les couches blanches ne sont pas pathognomoniques; ce n'est que quand l'examen microscopique fournit un résultat positif que nous sommes autorisés à opérer; et c'est le cas quand on trouve des formations épithéliales sous-jacentes et quand ces dernières sont continues avec l'épithélium normal et l'épithélium néoplasique.

SEMON prétend que la raucité de la voix n'est pas un symptôme adhérent au cancer laryngien ; elle dépend du degré d'infiltration du tissu dont le néoplasme surgit; la même remarque est à appli-

quer à la mobilité de la corde vocale correspondante. L'opération radicale n'est à pratiquer qu'en cas de cancer intrinsèque; la participation des glandes lymphatiques du cou est une contre-indication.

SCHEINMANN recommande ses pinces, au moyen desquelles il prétend pouvoir extirper un cancer laryngien intrinsèque plus facilement et plus complètement qu'avec d'autres instruments.

MASSEI croit que dans des cas exceptionnels on peut opérer par la voie naturelle; la laryngectomie partielle fournit des résultats satisfaisants; il est souvent plus facile de faire le dignostic par le laryngoscope que par le microscope; le diagnostic est souvent plus facile au début que plus tard.

BRONGELST admet la possibilité de l'opération endolaryngienne dans certains cas. En cas de carcinome diffus, il faut pratiquer la trachéotomie; les carcinomes de la paroi laryngienne postérieure donnent le plus mauvais pronostic, et il faut passer à l'extirpation totale.

B. FRAENKEL admet la possibilité d'un diagnostic précoce par le laryngoscope, le microscope et les symptômes cliniques; il recommande pour certains cas la méthode endolaryngienne.

E. HAHN a pratiqué dans 22 cas soit l'extirpation partielle, soit l'extirpation totale; 6 de ces malades vivent encore, un est mort d'une affection intercurrente, un est mort 9 ans après l'opération d'un carcinome d'une glande lymphatique; 7 sont morts à la suite de l'opération et 7 sont morts de récidives; ces derniers étaient des cas très avancés. Quand les glandes lymphatiques sont infiltrées, Hahn conseille la trachéotomie; le diagnostic précoce étant posé, l'extirpation partielle donne de bons résultats.

ONODI rapporte l'histoire d'un cancer laryngien combiné avec une argyrose générale.

STOERK cite un cas de carcinome laryngien guéri par extirpation unilatérale du larynx; l'auteur s'est proposé d'en faire la relation plus détaillée.

CHIARI appuie sur la difficulté et l'importance du diagnostic différentiel et cite deux cas où un carcinome s'est déclaré sur une base d'implantation qui consistait en engorgement, en rougeur et en immobilité d'une corde vocale après dix ans seulement. Dans un troisième cas, il s'est développé un carcinome sur un papillome qui avait été opéré à différentes reprises il y a deux ans.

Quatrième séance.

Démonstration de préparations microscopiques et autres.

Ulcérations bénignes du pharynx, par TH. HERYNG (Section de laryng. du Congrès de Berlin et Inter. Klin. Rundschau, n°s 41 et 42; 1890). — L'affection que Heryng désigne provisoirement sous le nom d'ulcération bénigne du pharynx est extrêmement rare; elle n'a été décrite nulle part avec précision et a probablement donné lieu plus d'une fois à des erreurs. Elle se présente d'ordinaire unilatéralement, solitaire, toujours sous la forme oblongue et superficielle ou d'une profonde excoriation, toujours sur le pilier antérieur de la voûte palatine, au-dessus de l'amygdale. Les bords en sont nettement dessinés, le plus souvent sans auréole, le fond est quelque peu concave, couvert au début d'un dépôt gris blanc qui ne se laisse pas enlever. La longueur de l'ulcération est d'environ 1 centimètre et sa largeur de 7 à 8 millimètres, elle ne saigne pas au contact et est en général assez indolente. La membrane muqueuse environnante n'est pas enflée et n'offre qu'une légère rougeur. L'ulcération reste toujours solitaire, jamais Heryng ne l'a vue former de plaques ou de pustules par confluence, jamais on n'a observé, outre l'affection localisée sur le devant de la voûte palatine, des ulcérations analogues au palais, dans le pharynx ou sur la membrane muqueuse buccale.

Au bout de deux ou trois jours, le fond de l'ulcération offre des petits points rouges, le corps papillaire se nettoie, la nouvelle surface de l'épithélium s'avance du bord vers le centre, et au bout de dix ou douze jours, la membrane est reformée sans qu'il y ait une cicatrisation visible. Dans 3 cas, la maladie offrit d'abord les symptômes d'une légère angine tonsillaire, l'ulcération se forma un peu plus tard, après que la fièvre légère, la lassitude et la difficulté de déglutition eurent diminué. Dans les 6 autres cas, il n'y avait pas d'altération à constater sur les amygdales, par contre, on remarquait une légère rougeur du voile du palais, de l'épiglotte, et un catarrhe aigu de la paroi postérieure du pharynx. Les malades se plaignaient de sécheresse dans la gorge, et disaient que la maladie avait commencé par une légère fièvre, de l'accablement et une légère difficulté de déglutition. Les troubles généraux de l'organisme disparu-

rent rapidement, seule une légère douleur lors de la déglutition persista encore quelques jours, jusqu'à ce que l'ulcération fût dégagée de son dépôt gris-blanc et que la cicatrisation pût s'opérer. Ordinairement la crainte de la diphtérie ou de la syphilis faisait recourir les malades à des spécialistes, sitôt qu'ils avaient eux-mêmes remarqué les plaques blanchâtres ou que leur médecin avait suggéré la syphilis. Ni les refroidissements, ni les excès d'alcool ou de nicotine, traumatisme ou troubles digestifs ne pouvaient être regardés comme la cause de l'affection. Les dents et les gencives ne justifiaient pas non plus cette affection, et les malades ne portaient pas de faux râteliers. Il ne pouvait être non plus question de syphilis ni de tuberculose.

Heryng a observé en neuf ans 9 cas de cette affection, 7 chez des hommes et 2 chez des femmes; dans 8 cas l'altération était unilatérale et dans un seul cas bilatérale. L'âge des malades variait de 14 à 38 ans et la maladie fut observée surtout chez des personnes de la classe moyenne, avocats, musiciens, chanteurs, etc. Il parle ensuite du diagnostic différentiel entre les ulcérations catarrhales, l'angine ulcéreuse de Mackenzie, la diphtérie, l'herpès, le muguet, les aphtes, et arrive à la conclusion que cette dernière affection offre certains points de ressemblance avec la description donnée par B. Fraenkel de la stomatite aphteuse, savoir l'aspect de l'excoriation et le même dépôt gris-blanc à la surface. Par contre, l'apparition solitaire toujours à la même place et la forme invariable, sur le devant de la voûte palatine, exclut l'existence des aphtes, ainsi que l'examen microscopique et bactériologique de la matière enlevée du fond de l'ulcération. Grâce à l'examen minutieux fait par Eugène Fraenkel, nous savons au juste que dans l'affection désignée par lui sous le nom de « stomatitis aphtosa, seu fibrinosa », une éruption de taches d'un gris-blanc, isolées ou par groupes, se trouve à la surface de la membrane muqueuse, non sous-épithéliale et doit son origine à une exsudation fibrineuse, accompagnée d'une mortification de l'épithélium. Histologiquement elle se composait des mêmes éléments que les pseudomembranes du croup ou de la diphtérie, et contenait, outre des leucocytes, deux fois le staphylococcus pyogènes citreus et une fois le stapyhlococcus pyogènes flavus. Heryng trouva à l'examen du dépôt des cellules mortes d'épithélium, des leucocytes et entre elles, isolées ou par groupes, des formes ressemblant au streptococcus pyogenes. L'examen bactériologique du fond de

l'ulcération a été fait par le Dr Odo Bujwid, et il en résulte deux espèces de streptococcus qui furent cultivées sur l'agar-agar et furent démontrées au début comme non pathogènes. Dans des essais ultérieurs de culture faits par Heryng et Lubliner, il fut démontré que l'une des formes de streptococcus était pathogène, pour les souris et les lapins, en tant qu'il se produisit des foyers locaux d'inflammation sans caractère phlegmoneux ou érysipélateux, sans infection générale.

Les cultures pures de ce streptococcus furent inoculées à des malades, savoir à deux phtisiques, à un malade atteint de carcinome œsophagien et encore à trois autres malades, soit sous la muqueuse, soit dans les amygdales, sur le devant de la voûte palatine et dans la substance amygdalienne. Chez l'un des malades, il se produisit le troisième jour, une angine catarrhale aiguë, qui dura quelques jours et peut être difficilement considérée comme un résultat de l'inoculation, vu que chez les autres malades, outre de petits boutons de la grandeur d'une tête d'épingle, et contenant des streptococcus, aucune affection inflammatoire ou formation d'ulcération ne pouvait être constatée.

Heryng a l'intention de faire encore des recherches ultérieures, et il termine en remarquant que le professeur Ribbert, de Bonn, a constaté l'effet pathogène de ces formes de streptococcus par ses propres expériences et a déclaré leurs propriétés biologiques en tous points conformes à celles indiquées par Bujwid et Heryng. Quant à son rapport causal avec l'ulcération bénigne du pharynx, on n'a pas pour le moment de données certaines, on doit s'en tenir à des suppositions ; il est probable qu'il faut avoir égard à d'autres influences circulatoires, mécaniques ou thermiques, pour ce qui concerne son origine.

Chiari *parle sur la pachydermie laryngienne diffuse, notamment dans l'interstice ary-aryténoïdien.*—Syphilis, tuberculose, laryngite chronique en sont la cause. D'après ses investigations microscopiques, l'auteur trouve que l'épithélium des cordes vocales est induré et épaissi; les papilles ont augmenté de volume et sont cornifiées, l'épithélium des fausses cordes vocales est devenu pavimenteux; la région interaryténoïdienne est le lieu d'élection de cette transformation.

Kuttner *traite le même sujet.* Cette transformation se trouve dans un grand nombre de maladies chroniques du larynx, même dans l'entourage de tumeurs bénignes. Le symptôme principal de l'affection consiste en ce que l'épithélium prenne le caractère épidermoïde auquel s'associe le tissu conjontif sous-épithélial.

L'auteur est d'accord avec Virchow et Kanthack, surtout avec ce dernier sur la formation d'une excroissance cupuliforme à l'apophyse vocale; l'auteur énumère ensuite les rapports entre la pachydermie et le cancer, affections qui doivent être séparées d'après Virchow; il combat l'opinion de Klebs en niant que le caractère essentiel consistait dans la naissance de vaisseaux sanguins de gros calibre et la limite de tubes épithéliaux.

Gouguenheim (Paris) cherche à prouver par quelques exemples, qu'il y a corrélation entre la pachydermie d'un côté et la tuberculose et la syphilis de l'autre.

B. Fraenkel prétend qu'il suffit d'une simple compression pour produire l'excroissance cupuliforme au niveau de l'apophyse vocale.

Luc (Paris) prétend que la tuberculose, la syphilis, le frottement, une simple irritation souvent répétée, peuvent provoquer la pachydermie ; les cordes vocales et l'espace interaryténoïdien sont les plus exposés à cette transformation.

Schmidt (Francfort) regarde aussi l'action mécanique comme la cause unique de la pachydermie; les ulcérations se trouvent de préférence à gauche en haut, et à droite en bas ; la guérison se fait toujours par l'extirpation et le silence absolu.

Scheinmann sépare la pachydermie de la laryngite chronique, puisque l'image laryngoscopique de la pachydermie a un aspect pathognomonique.

E. Meyer recommande l'iodure de potassium et le repos.

Tœplitz appuie sur les difficultés du diagnostic différentiel entre la pachydermie et la tuberculose.

Jarvis. *Instruments pour opérer les déviations de la cloison nasale.* — L'auteur loue les avantages de son nouvel écraseur destiné à écraser les polypes, les hypertrophies des cornets, la déviation du septum, etc. L'emploi de l'écraseur est facilité par les aiguilles à fixation ou un dé en métal; l'auteur conseille le gaz hilariant si les enfants sont trop turbulents ou trop nerveux ; la cocaïne contre les douleurs; il montre des instruments bien construits.

Cinquième séance.

Michael (Hambourg). *Mélanosarcome du nez et polypes aérifères.* (Voir *Annales*, page 688, 1890.)

MICHAEL. *Sur une complication extraordinaire de la trachéotomie chez les vieillards.* (Voir *Annales*, page 886. 1890.)

FLATAU. Hueter a fait la même proposition dans ce temps; l'ossification de la trachée se fait ordinairement à un âge moins avancé qu'on ne l'admet *généralement*.

BRESGEN. *Communications sur l'emploi de la pyoktanine dans les affections du nez et de la gorge.* — Quand on badigeonne avec une dissolution de 31 0/0 les plaies faites par le galvanocautère, la réaction ordinaire ne se fait presque pas; la formation de membranes croupeuses est presque nulle aussi. Au commencement, on badigeonne tous les jours; plus tard, tous les deux jours. La sécrétion puriforme est beaucoup diminuée. Dans les affections pharyngiennes, l'emploi est à conseiller dans les maladies de la glande de Luschka, dans les maladies laryngiennes en cas d'inflammations aiguës; en cas d'ulcérations tuberculeuses récentes et superficielles l'emploi est couronné de succès.

PATRZEK n'en a vu aucun effet dans le traitement des affections de l'oreille.

SCHEINMANN loue son bon effet en cas d'ulcérations tuberculeuses, surtout à l'état de poudre pure.

Sixième séance.

Intubation.

O'DWYER prétend que les résultats fâcheux sont occasionés par de mauvais instruments et par manque d'expérience de la part de l'opérateur. De là proviennent le refoulement des membranes vers le bas, les fausses routes, les blessures du larynx; l'entrée des liquides dans les tubes peut être évitée par un mouvement de toux après chaque déglutition, et par une position appropriée du malade; ce dernier doit avoir la tête plus bas que le reste du corps. D'après ces données, on voit que les statistiques ne sont pas exactes.

RANKE regarde l'intubation comme un grand progrès; seulement, il faut encore des perfectionnements; la trachéotomie ne sera jamais remplacée, mais on la fera moins souvent; son grand emploi sera toujours dans les sténoses laryngiennes diphtéritiques. Ranke a fait de grandes comparaisons et collectionné un nombre immense de cas, de sorte que ses conclu-

sions ont une certaine importance. Les chiffres de guérisons sont à peu près les mêmes dans les deux cas; de même en ce qui concerne les pneumonies dans les deux traitements. Par contre, on remarque le décubitus chez les jeunes enfants après l'intubation. D'un autre côté, l'intubation est moins dangereuse que la trachéotomie et demande un traitement moins long.

Bouchut (Paris) décrit sa manière de pratiquer l'intubation, qu'il a publiée déjà en 1858, et montre les instruments qu'il a construits dans ce but; il préfère les siens à ceux de O'Dwyer.

Northrup. *Conditions pathologiques consécutives à l'intubation.* — L'auteur, se basant sur 103 autopsies, parvient aux conclusions suivantes : 1° les corps étrangers n'entrent pas dans les bronches; 2° le nouvel instrument construit par O'Dwyer n'occasionne pas de décubitus ; 3° dans 12 cas, la mort est survenue par suite de bronchite diphtérique ; ordinairement c'est le cas, quand la mort est survenue 48-72 heures après l'arrivée de la dyspnée; par contre, la pneumonie demande plus de temps si elle survient.

Mount-Bleyer. *Rapport sur les résultats de 54 cas d'intubation.* — L'auteur a vu dans des cas 37 0/0 de guérisons. Il faut employer le laryngoscope après et avant le tubage. On voit au mode respiratoire si le tube est bien mis ; comme irrigation du nez, du pharynx et du larynx, l'auteur emploie le deutoxyde d'hydrogène; il faut changer journellement le tube. Les liquides doivent être bus par cuillerée à café; quelquefois, il faut employer la sonde œsophagienne. 1 0/0 des malades ont du décubitus ; l'aphonie résultante est facilement guérie.

Stoerk. A modifié la partie inférieure des tubes, de sorte qu'ils ne pourront plus blesser la muqueuse laryngienne.

Schwalbe (Berlin) croit que les chances de guérison sont beaucoup moindres qu'après la trachéotomie; la pratique de l'intubation est plus difficile et quelquefois plus dangereuse que la trachéotomie.

Casselbéry arrête les accès de toux, la pneunomie par corps étrangers, l'entrée des liquides dans les tubes en donnant de la glace, et si la soif n'est pas éteinte il fait boire les malades la tête étant penchée, au moyen d'un biberon.

Massei prône les avantages de l'intubation.

Meltzer. Comme dans l'intubation, la pneunomie par déglutition est relativement rare. L'auteur croit qu'elle ne provient pas de l'entrée des corps étrangers dans le poumon par respiration, mais bien que leur entrée dans les bronches de petit calibre se

fait par un mouvement rétrograde de l'air pendant une expiration forcée, la glotte étant fermée.

Root a eu 36 0/0 de guérisons chez 200 malades; le tube est resté au moins 26 heures et au plus 23 jours.

Rauchfuss. L'intubation a l'avantage de l'absence de plaie sur la trachéotomie et la plus grande rapidité. En cas graves, l'intubation est à rejeter, de même dans les diphtéries secondaires de rougeole et de scarlatine.

M. Braun (Trieste). *Vibrations de la muqueuse du nez, de l'espace nasopharyngien et du pharynx.* — L'auteur exécute des vibrations de Hellgren au moyen d'une sonde en cuivre recourbée; le bouton de la sonde est enduit de coton que l'on peut imbiber d'un médicament quelconque. Il a guéri ainsi 23 cas d'ozène; dans un cas, il a dû employer 134 séances. En dehors de l'ozène, il a vu un bon effet en cas de migraine et de névralgie sus-orbitaire.

French (Brooklyn). *L'action de la glotte dans le chant* — L'auteur a fait des projections de photographie de la glotte dans la production de différents sons sur un écran; chez différents sujets, le larynx peut travailler différemment dans la production du même son. Ordinairement les cordes vocales sont courtes et larges, la glotte béante dans la production du son bas; dès que le son monte, les cordes vocales deviennent plus longues et moins larges, l'ouverture entre la partie postérieure des cordes vocales devient plus prononcée, les cartilages de Santorini s'inclinent de plus en plus en avant, l'épiglotte s'élève. A une certaine hauteur, la glotte cartilagineuse se ferme, la glotte forme une fente linéaire; les cartilages de Santorini sont refoulés en arrière et l'épiglotte se rabat. L'auteur a le grand mérite d'avoir éclairé un chapitre assez obscur de la physiologie du larynx. Le travail mérite d'être étudié en détail.

Septième séance.

Semon et Horsley. *Démonstration expérimentale des conditions d'innervation centrale et périphérique du larynx; nouvelle théorie de l'innervation motrice du larynx.* (En commun avec les sections de physiologie et de neurologie.)— Les auteurs démontrent par leurs vivisections faites d'après une méthode inventée par Horsley, quelques résultats de leurs études qui datent de longues années; dans ces travaux relatifs à l'innervation

motrice du larynx les auteurs arrivent aux conclusions suivantes: la représentation respiratoire du larynx dans le bulbe se trouve dans le centre indépendant de la respiration thoracique; cette représentation est bilatérale; le caractère le plus constant du mouvement représenté du larynx consiste dans l'écartement des cordes vocales. Quant à la représentation phonatrice du larynx, il est à remarquer que les auteurs, après l'excitation de l'ala cinerea et du bord supérieur du calamus scriptorius, sont parvenus à produire l'occlusion de la glotte ; l'irritation du corpus restiforme et de son bord interne dans la verticale qui se trouve vis-à-vis de la moitié inférieure du quatrième ventricule, conduit toujours à l'adduction de la corde vocale correspondante. Pour ce qui concerne le système nerveux périphérique (nerfs, filaments nerveux et muscles), ils n'osent se prononcer sur la question, et l'innervation motrice se fait par le pneumogastrique ou par le spinal; le récurrent ne paraît pas posséder de fibres nerveuses centripètes qui soient en rapport avec la respiration; la dégénérescence exclusive des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs devançant celle des adducteurs, repose probablement sur des différences dans la composition biologique des muscles et des terminaisons nerveuses. La représentation respiratoire du larynx dans la substance corticale est démontrée par les auteurs, et son caractère consiste dans l'accélération, quelquefois dans l'augmentation de la profondeur. Quant à la phonation, les auteurs démontrent que l'excitation unilatérale du centre produit un effet bilatéral; la destruction unilatérale ne produit aucun changement. Les fibres ralliantes dans la corona radiata sont rangées de la façon ordinaire; dans la capsule interne les fibres respiratoires résident d'abord dans le membre antérieur et plus bas dans le genou; en ce dernier endroit, il faut chercher aussi les fibres phonatrices; par leur excitation on a toujours des effets bilatéraux. A la fin, la théorie de l'innervation motrice du larynx fut expliquée par des diagrammes, telle qu'elle découle des résultats des auteurs.

Discussion.

Onodi, en excitant le récurrent sur le chien vivant, obtint toujours l'occlusion de la glotte; de même dans l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther et sur les larynx fraîchement excisés; enfin, après la mort par l'éther ou le chloroforme. Sur des larynx fraîchement excisés les abducteurs perdent d'abord leur excita-

bilité nerveuse; les récurrents la perdent plus tôt que les muscles. Les nerfs innervant les muscles abducteurs meurent plus tôt que ceux qui innervent les adducteurs.

Huitième séance.

LAURENT (Hal). *De la rhinite purulente chronique des enfants.* La première période est celle du muco-pus; la seconde est la période purulente; la troisième est la période atrophique qui peut conduire à l'ozène; la bilatéralité et le manque d'une cause constitutionnelle sont les symptômes caractéristiques. Cette rhinite vient quelquefois après des fièvres exanthémateuses; la glycérine iodée donne les meilleurs résultats thérapeutiques.

HERYNG. *Le traitement chirurgical endolaryngé de la phtisie laryngée peut-il amener une guérison radicale?* (Voir *Annales*, n° 1, 1891.)

SCHEINMANN (Berlin). *Traitement local de la phtisie laryngée.* — L'anémie et la parésie des adducteurs sont traitées par le massage et par les insufflations astringentes; en outre, il emploie la créosote à l'intérieur, des inhalations d'acide phénique, de menthol, de crésole (B. Frænkel) qui agissent d'une façon prophylactique et qui peuvent guérir une phtisie laryngée commençante. Des injections de créosote et de menthol produisent souvent la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses; s'il existe des infiltrations plus profondes, il faut employer la méthode chirurgicale. L'électrolyse fournit de bons résultats. Pour remplacer l'acide lactique, il emploie la pyoctanine qui amène quelquefois la guérison en quelques semaines sans incommoder le malade; le curettage est à conseiller dans certains cas; la méthode antiseptique doit être employée en même temps que la méthode chirurgicale.

PRZEDBORSKI (Lodz). *Guérison d'un cas de phtisie laryngée.* — Traitement d'après la méthode de Krause et de Heryng.

GLEITSMANN (New-York). *Un cas de guérison complète d'une tuberculose primitive du pharynx.* — Une ulcération primitive tuberculeuse de la base de la langue s'étendait sur l'épiglotte, l'amygdale gauche et l'arcade antérieure. Le curettage et l'application de l'acide lactique étaient très douloureux malgré la cocaïnisation, la galvanocaustique fut employée en même temps. Malgré une récidive, la guérison fut complète.

Discussion.

Luc (Paris) appuie sur le traitement général, naturellement sans négliger le traitement local. La méthode chirurgicale ne doit être employée que dans certains cas et chez certaines personnes. L'acide lactique peut guérir des ulcérations tuberculeuses; ces cas sont rares cependant.

M. Schmidt croit à l'effet bienfaisant du curettage et de l'acide lactique; le curettage est employé d'une façon toujours plus étendue.

Massei croit qu'une guérison réelle est chose rare; le curettage ne lui a pas fourni les résultats voulus; il est content de l'iodoforme, de l'acide lactique à 2 0/0 et d'une dissolution faible de sublimé corrosif.

Schnitzler voit le meilleur effet dans les cas de tumeurs tuberculeuses circonscrites; le traitement chirurgical n'a pas le même succès dans les cas d'infiltration diffuse.

Schech ne s'oppose pas par principe au traitement chirurgical local; mais il n'admet pas que l'on généralise d'après une formule invariable.

Onodi emploie les méthodes antiseptique et chirurgicale en même temps.

A. Rosenberg croit que les deux méthodes doivent se compléter; la méthode antiseptique est préférable en cas d'ulcérations superficielles, la méthode chirurgicale doit être employée en cas de lésions profondes; il recommande les inhalations de vapeurs de menthol avec un appareil spécial.

B. Frænkel voit dans le courant de toute la discussion que les premières idées qu'il a émises sont restées vraies; du reste, Koch paraît avoir trouvé le spécifique de la tuberculose.

Lazarus appuie sur le traitement général.

Krause. Il faut soigner le moral du malade; le traitement chirurgical peut faire disparaître les infiltrations, et les ulcérations consécutives guérissent facilement.

Syphilis des voies aériennes supérieures.

Schrœtter (Vienne) parle des scléroses de la bouche et du pharynx, des manifestations secondaires et des cicatrices; rarement on rencontre des sténoses prononcées. Au larynx, il n'existe

pas de maculea syphiliticea, par contre, on y rencontre des papules et des condylomes. L'auteur parle des ulcérations et des périchondrites, des cicatrices, de leurs symptômes et de leur traitement; il traite ensuite les gommes, les ulcérations et l'opération des cicatrices de la trachée. Il faut prendre en considération l'influence des processus syphilitiques du cerveau, du crâne même et des nerfs périphériques sur l'appareil respiratoire. Pour les affections nasales, l'auteur parle du catarrhe, des papilles et des ulcérations en établissant leur diagnostic différentiel.

Lefferts recommande le tubage comme devant remplacer la trachéotomie ainsi que la méthode de Schroetter dans le traitement des sténoses syphilitiques aiguës et chroniques et dans les cas suivants, à l'appui desquels il rapporte des observations et les avantages de la méthode : 1° dans toutes les sténoses syphilitiques aiguës on fait cesser la dyspnée en employant l'intubation ; 2° par la compression du tube on favorise l'absorption de produits syphilitiques chroniques; 3° dilatation forcée et distension continuelle de membranes et de cicatrices ; 4° par l'introduction d'une série de tubes on dilate les rétrécissements cicatriciels; 5° dans tous les cas de sténose cicatricielle chronique étendue avec déplacement des tissus, la méthode produit de bons effets, combinée aux incisions s'il est nécessaire ; 6° en cas de dyspnée produite par la position phonatrice des cordes vocales (arthrite des cartilages aryténoïdiens, infiltration de l'entourage) ; 7° en cas de parésie des abducteurs par suite de processus syphilitiques dégénératifs des muscles.

Discussion.

Schnitzler. Syphilis et tuberculose se montrant combinées dans le même larynx et les ulcérations syphilitiques peuvent se transformer en tuberculoses, et *vice versa*.

L'une des affections prépare le terrain de l'autre. Dans le traitement, il faut surtout prendre en considération la syphilis.

Michelson. En cas de rhinite gommeuse, les ulcérations du septum sont ordinairement en nappe et dans une direction sagittale.

Massei a vu des plaques muqueuses chez des enfants, des gommes des cordes vocales et une paralysie consécutive à une compression du récurrent dans un cas d'adénite gommeuse.

Pieniaczek. Dans certains cas de sténoses cicatricielles, il faut employer la laryngofissure avec excision du tissu cicatriciel et dilatation subséquente.

Schmidthuysen a observé un cas d'ulcération syphilitique à la bifurcation et une sténose prononcée à la partie inférieure de la trachée, obstruant une bronche, de sorte que les symptômes de l'auscultation du poumon correspondant donnèrent lieu à une fausse interprétation. En cas de syphilis nasale, les cornets et le septum osseux sont pris d'ordinaire; pour les ulcérations en nappe, il est du même avis que Michelson.

Marcel (Bucharest). *Accidents hystériques d'origine nasale.* — L'auteur décrit en détail les accidents hystériques d'une malade nerveuse qui après l'opération d'un polype nasal et la cautérisation du cornet inférieur, fut guérie, de sorte que, dans ce cas, il faut conclure à une affection réflexe d'origine nasale.

Daly. *Relation entre les affections intra-nasales et les maladies de l'oreille.* — Une statistique générale se rapportant aux cas suivants : 1) nombre des maladies d'oreilles dépendant d'affections naso-pharyngiennes; 2) les proportions de ces cas avec les autres affections des oreilles; 3) nombre de cas qui ont été améliorés par le traitement des maladies naso-pharyngiennes ou qui ont été guéris; 4) caractère de chaque maladie occasionnant l'affection auriculaire; 5) mode de traitement.

Reichert montre différents *instruments*.

Cholewa montre son *élévateur du pharynx*, qui est introduit par le nez et rappelle la sonde de Belloc.

Onodi rapporte un cas de *pharyngite fibrineuse* qui dure depuis deux ans.

Neuvième séance.

Inflammations aiguës infectieuses du pharynx et du larynx.

Massei parle de l'érysipèle primitif du pharynx et du larynx, que jusqu'à présent la clinique a seule le droit de juger. Les symptômes consistent en gonflements émanant de la base de la langue et se propageant au larynx, fièvre comme dans l'érysipèle de la face, migration rapide de l'enflure d'un point à l'autre. En outre, il peut exister un érysipèle de la face, du pharynx, une pneumonie infectieuse et du collapsus. Du reste, l'érysipèle du larynx se montre à certaines époques. Symptômes : Dysphagie

pas de maculea syphiliticea, par contre, on y r...arynx étant toupules et des condylomes. L'auteur parle des ...gien ; l'adynamie y périchondrites, des cicatrices, de leurs s... ...nent : glace, trachéotraitement ; il traite ensuite les gommes, ... 1 0/0, sonde œsopharation des cicatrices de la trachée. Il f... ...tz.

tion l'influence des processus syphili... ...u *infectieux du pharynx.* même et des nerfs périphérique... ...avaler ; rougeur du pharynx, Pour les affections nasales, l'au... ...cou à l'extérieur, dans le voisipilles et des ulcérations en ét... ...inférieure ; maladie progressant tiel. ...mnolence, mort par paralysie du

Lefferts recommande ... ...mmation purulente de la muqueuse trachéotomie ainsi que l... ...l'estomac. L'étiologie est obscure. On des sténoses syphiliti... ...de l'érysipèle par la fièvre moins intense, suivants, à l'appui ... ...prononcée, etc., etc. Traitement : antipyavantages de la ... ...compresses chaudes, trachéotomie, régime litiques aiguës ... tion ; 2° par ... produits s... tension c... troduct... cicatr... niq... de ... r...

Discussion.

Thorner (Cincinnati) a observé un cas d'érysipèle pharyngien et deux cas de pharyngite phlegmoneuse ; en cas de laryngosténose, il recommande d'essayer l'intubation avec de grands tubes.

Schech (Munich) soutient la rareté de la pharyngite aiguë infectieuse et la fréquence relative de l'érysipèle laryngien ; les deux affections paraissent pouvoir être engendrées par différentes espèces de coques.

B. Fraenkel appuie sur la nécessité de distinguer la pharyngite aiguë infectieuse et le vrai érysipèle.

Semon voit dans l'érysipèle, la pharyngite aiguë phlegmoneuse, l'angine de Ludwig, etc., etc., un seul et même processus morbide dans ses différentes intensités ; il a remarqué dans un espace de quelques heures des inflammations métastatiques et découvrit ordinairement du sucre dans les urines.

Chiari a observé, probablement à la suite d'une esquille osseuse qui avait perforé la muqueuse, une inflammation gangréneuse de l'épiglotte avec œdème glottique qui nécessita la trachéotomie.

Brébion (Lyon). *Sur les végétations adénoïdes.* — L'extension locale du tissu adénoïde au pharynx et au nasopharynx et sa transformation postérieure en tissu fibreux, c'est-à-dire son origine et les causes de sa dégénérescence.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux — Le plus jeune de ses malades atteints de vé- avait deux ans. Il a également observé la ne de 30 et même chez un autre âge de gique ne fournit pas de différence entre et celles des adultes ; à l'âge plus avancé ent la transformation fibreuse (Dubief).

cas de tumeurs anormales du pharynx. — La meur donnait l'impression d'une tumeur maligne de e gauche et cependant il s'agissait de syphilis. La se- tumeur intéressait l'amygdale droite, la base de la langue une grande partie de la paroi latérale du pharynx semblaient une tumeur maligne ; il survint une hémorragie pendant que le malade prit de l'iodure de potassium ; ce dernier resta sans effet, tandis que la solution de Fowler et les gargarismes au chlorate de potasse amenèrent la guérison complète.

Discussion.

M. Schmidt a vu deux cas de lymphosarcomes très étendus qui s'améliorèrent après l'emploi de l'arsenic ; l'un disparut après que le malade eut été atteint d'un érysipèle de l'ulcération, et le second s'améliora après qu'on eut greffé sur lui une inflammation érysipélateuse.

Chiari a vu aussi des cas de lymphosarcomes guérir par l'arsenic.

Wagner (Halle). *La position phonatrice de la corde vocale en cas de paralysie du récurrent.* — L'auteur montre les résultats de ses vivisec ions par les photographies instantanées prises sur le vivant ; il croit que la position phonatrice de la corde vocale en cas de paralysie du récurrent, provient de l'action du muscle crico-thyroïdien (*Archives de Virchow*, vol. CXX.)

Grabower. *Contribution à l'innervation du larynx.* — L'innervation motrice du larynx ne s'effectue pas par le spinal, mais bien par les 4-6 racines inférieures du pneumogastrique, dans lesquelles se trouvent aussi les chemins pour l'innervation sensitive.

P. Koch. (Luxembourg). *Sur les tumeurs de la trachée.* (Voir *Annales*, p. 682, 1890.)

Delavan (New-York) montre un *nouvel adénotome perfectionné* ainsi que l'amygdalotome primitif de Flysick.

CASSELBERRY. *Kystes de la région aryténoïdienne du larynx.* — Étiologiquement, ces tumeurs s'expliquent comme des kystes de rétention ; ils atteignent quelquefois une taille énorme, parfois ils prennent le caractère d'un véritable néoplasme ; dans un cas la trachéotomie a dû être pratiquée à cause de la dyspnée.

Discussion.

TŒPLITZ conseille de pratiquer toujours la trachéotomie prophylactique avant d'extirper ces tumeurs.

HOOPER (Boston). *Méthode de démonstration des mouvements laryngiens.* — (Voir *Annales*, p. 811, 1890.)

PIENIACZEK. *Examen de la trachée par la fistule trachéale.* — Il se pratique de façon à faire entrer dans la fistule trachéale un tube élargi en forme d'entonnoir à sa partie supérieure et à le glisser dans le tube trachéal. On réussit de cette façon à voir même l'entrée dans les bronches, de sorte que l'on peut avec une *cuillère trachéale* enlever des pseudo-membranes des bronches. L'auteur parle ensuite des granulations qui se forment à l'intérieur de la trachée, effets qui se produisent après que la canule a été portée assez longtemps. La trachéoscopie a une grande valeur en cas de corps étrangers de la trachée.

TŒPLITZ. *Cas de chondrosarcome du larynx extirpé par les voies naturelles.* — Récidive au bout de quatre ans. — Tumeur dure, blanche, lisse, s'étendant tout le long de la corde vocale droite ; le titre dit le reste.

A la fin de la séance, F. SEMON remercie le comité d'organisation, les secrétaires et surtout le Président B. FRANKEL, qui répond par quelques paroles cordiales.

Présidents d'honneur : BOSWORTH (New-York), SEMON (Londres), GOUGUENHEIM (Paris), STOERK (Vienne), MASSEI (Naples), RUHLMANN (Saint-Pétersbourg), SCHMIEGELOW (Copenhague), CAPART (Bruxelles), BRONDGEEST (Utrecht), VALENTIN (Berne), SCHRÖTTER (Vienne), SCHNITZLER (Vienne), LEFFERTS (New-York), RAUCHFUSS (Saint-Pétersbourg), DU BOIS REYMOND (Berlin).

Secrétaires : P. HEYMANN et A. ROSENBERG (Berlin), LUC (Paris), KOCH (Luxembourg), BRÉBION (Lyon), SPICER (Londres), FRENCH (Brooklyn), DELAVAN (New-York), THORNER(Cincinnati),

FREUDENTHAL (New-York), ONODI (Budapest), NICOLAI (Milan), STRAZZA (Gênes).

Commission administrative : B. FRAENKEL, GOTTSTEIN et M. SCHMIDT.

Commission de rédaction : B. FRAENKEL, HEYMANN, A.ROSENBERG.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Des otites dues à l'influenza, par L. KATZ. (*Therap. Monatsh.*, n° 2, 1890.)

L'auteur communique les résultats de ses observations faites sur 50 malades dans la première quinzaine de l'épidémie. La marche de la maladie était le plus souvent assez grave, mais l'auteur n'a pas vu un seul cas se compliquer par des périostites consécutives de l'apophyse mastoïde.

Deux fois il a pu observer une myringite hémorrhagique avec formation de bulbes; une fois l'otite moyenne était accompagnée d'une otite externe très douloureuse avec rétrécissement considérable du conduit. Dans 1/5 des cas, l'otite restait catarrhale sans donner lieu à une perforation.

A l'encontre de Lœvenberg, il évite la douche d'air précoce qu'il n'emploie jamais dans les premiers jours d'une otite aiguë. Il se contente de faire des instillations avec de la glycérine phéniquée (5 à 10 0/8), d'administrer des narcotiques à l'intérieur et dans des cas graves d'appliquer des compresses chaudes autour des oreilles et des sansues sur l'apophyse mastoïde.

Il ne fait la paracenthèse que quand le tympan bombe en dehors. Il partage, sur ce point, l'opinion que Walb a émise au sujet des douches d'air, et qui craint que le processus mycotique ne soit défavorablement influencée par l'apport de l'oxygène de l'air. L. L.

Otite due à l'influenza, par le Dr LUDEWIG, *médecin assistant de la clinique des maladies d'oreilles de Halle.* (*Arch. f. Ohr.* Vol. XXX, 3e liv.)

Les maladies d'oreilles dues à la récente épidémie d'influenza

ont fait l'objet de nombreuses études. Le Dr Ludewig donne à son tour les observations faites à la clinique de Halle, observations tout à fait typiques et qui empruntent une haute autorité au grand nombre de malades qui fréquentent la célèbre clinique du professeur Schwartze. Elles montrent que l'oreille a été l'un des organes les plus éprouvés par cette maladie nouvelle, dont on plaisantait d'abord, mais qui n'a pas tardé à se faire prendre au sérieux.

On pouvait, d'ailleurs, prévoir d'avance que cette grippe générale donnerait de l'occupation aux médecins auristes, puisque toutes les maladies infectieuses aiguës qui intéressent l'appareil respiratoire se transmettent facilement, comme on sait, à l'oreille moyenne.

A peine la maladie eut-elle fait son entrée à Halle — elle a régné dans cette ville en décembre et janvier — que la fréquence des catarrhes aigus et des suppurations aiguës de l'oreille moyenne a augmenté d'une manière frappante.

Voici le nombre des cas aigus observés à la clinique en décembre et janvier, pendant les trois dernières années :

1887-88.................	41
1888-89.................	44
1889-90.................	137

De 41 et 44 les années précédentes, le chiffre monte subitement à 137, c'est-à-dire au triple.

Naturellement, tous ces cas ne sont pas dus à la grippe. Mais en déduisant ceux dus à des causes connues, et en tenant compte des commémoratifs et de l'examen des malades, on peut compter environ 82 cas d'otite par influenza.

Ces otites par influenza n'ont pas présenté de caractère pathognomonique spécial et, par suite, le traitement a été le même que pour l'otite moyenne aiguë ordinaire.

Souvent l'inflammation s'est étendue aux os et la carie aiguë a été observée fréquemment. A ce propos, l'auteur rapporte *in extenso* l'observation du cas le plus grave, qui a abouti à une issue fatale par pyémie. Ici, les suites de l'influenza se sont fait sentir de la manière la plus effrayante : jamais jusqu'ici on n'avait observé une destruction aussi considérable, une carie aiguë aussi rapide, sauf dans des cas consécutifs à des maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la diphthérie. La carie a été suivie d'une phlébite purulente du sinus et d'une pyémie qui a entraîné la mort.

L'otite par influenza est donc parfois une maladie maligne, qui peut menacer la vie du malade en donnant lieu à une méningite ou à une pyémie. A. JOLY.

De la carie et de l'extraction de l'enclume, par le Dr LUDEWIG, *médecin assistant de la clinique de Halle. (Arh. f. Ohr.* Vol. XXX, 4e liv.)

Dans un premier travail, dont nous avons rendu compte en son temps, l'auteur appelait l'attention sur la fréquence de la carie de l'enclume et la nécessité de son extraction. En terminant son article, il se proposait de reprendre le sujet au bout d'un an, après avoir contrôlé pendant cet intervalle les résultats déjà obtenus. C'est cet article supplémentaire que l'auteur publie aujourd'hui.

Parmi les cas soumis à l'observation, les uns ont été guéris par l'opération, ce sont ceux où la carie était limitée au marteau et à l'enclume ou à cette dernière seule. D'autres montrent la nécessité d'extraire l'enclume et le marteau dans toutes les opérations nécessitées par la suppuration chronique avec carie ou la présence de cholestéatomes, pour satisfaire au principe chirurgical d'enlever toutes les parties malades accessibles. Enfin, un point de vue d'une grande importance est la façon dont se comporte l'ouïe avant et après l'opération.

Le résultat final, en ce qui concerne la suppuration, est le même que celui donné dans le premier article : 4 des cas qui paraissaient guéris ont donné lieu à une récidive ; d'autre part, 4 cas, encore en traitement à cette époque, ont été guéris depuis.

La paralysie faciale observée dans 2 cas, à la suite de l'extraction a aujourd'hui complètement disparu. Quant à l'audition, les 32 cas ont donné les résultats suivants :

16 fois une amélioration de l'ouïe.
3 fois une aggravation.
9 fois aucune modification.
4 cas n'ont pu être contrôlés.

L'auteur donne ensuite une nouvelle casuistique, comprenant 43 cas de suppuration chronique soumis à l'opération. Les résultats provisoires donnent 22 cas de guérison de la suppuration et 5 cas d'insuccès ; pour les autres, les résultats sont inconnus ou les malades encore en traitement.

Pour l'ouïe, il y a eu amélioration dans 17 cas. A. JOLY.

De l'épreuve de la perception du son par les os, par le Dr C. Corradi, de Vérone. (*Arch. f. Ohr.* Vol. XXX, 3e liv.)

L'auteur s'est proposé de perfectionner l'épreuve de la perception des sons par l'intermédiaire des os de la tête, de façon à lui donner une plus grande valeur au point de vue du diagnostic.

Il est parti de cette observation très curieuse et qui n'avait pas encore été faite, que, si un dispason en vibration appuyé sur l'apophyse mastoïde est enlevé dès que la perception a cessé, puis replacé deux secondes environ après exactement à la même place, la perception reparaît en beaucoup de cas et persiste un certain temps. Chez des personnes saines, on peut ainsi faire renaître la perception une, deux, parfois même trois ou quatre fois. Au delà de quatre fois, le phénomène devrait, en général, être considéré comme anormal.

Il semble donc que le nerf auditif ait besoin de se reposer de temps en temps et qu'il perçoive alors des sons qui ne sont pas perçus à l'état de fatigue. Cette constatation remarquable repose sans doute sur certaines particularités anatomiques et physiologiques que nous ne connaissons pas.

L'auteur désigne la première perception sous le nom de *perception primive*, les suivantes sous le nom de *perception secondaire*, et l'intervalle du temps qui s'écoule entre le début de la perception primitive et la fin de la dernière perception secondaire sous le nom de *durée totale*.

La perception primitive est la plus longue, les perceptions secondaires peuvent être prolongées à l'état normal en fermant artificiellement le conduit auditif. Le même phénomène s'observe fréquemment dans les maladies de l'oreille où l'appareil percepteur est plus ou moins gravement atteint.

L'absence complète de perception secondaire a été constatée par l'auteur dans quelques cas d'affection labyrinthique non douteuse, ce qui indiquerait peut-être une profonde altération des éléments nerveux. Chez un de ces malades, la fonction auditive s'étant améliorée au bout de quelques jours par le traitement, il y a eu apparition d'une perception secondaire puis de deux, en même temps que la durée totale de perception par les os était augmentée.

On voit l'erreur qui peut en résulter dans l'épreuve du diapason. Qnand celui-ci n'est plus entendu d'un côté, on l'appuie sur l'autre et l'on attribue à la seconde oreille une perception secondaire de la première. Il faut donc attendre qu'il n'y

ait plus de perception secondaire d'un côté avant de passer à l'autre.

La découverte de ce phénomène permettra ainsi de rendre plus précises les épreuves avec le diapason. A ce point de vue, elle constitue un complément précieux des expériences de Weber et de Rinne.

Pour les cas rapportés par l'auteur, nous ne pouvons que renvoyer au texte allemand. Nous nous bornerons ici à noter en terminant les conclusions qui en résultent :

1° L'épreuve comparative de la durée de la perception du son des deux côtés à l'aide de ce procédé peut être très utile pour le diagnostic. Elle est facile à faire et demande peu de temps;

2° L'accroissement des perceptions secondaires dans les cas de dureté de l'ouïe serait un signe d'irritabilité du nerf acoustique. En pareil cas, plus la durée totale de la perception a diminué et plus il est probable qu'on a affaire à une maladie de l'appareil percepteur. L'hyperesthésie acoustique n'augmente pas les perceptions secondaires;

3° En cas de surdité grave avec forte réduction de la perception par les os et autres symptômes d'une affection labyrinthique, l'absence de perception secondaire serait un signe que les altérations pathologiques des éléments nerveux ont atteint déjà un degré élevé. A. JOLY.

De la dureté d'oreille des chaudronniers, par le Dr J. HABERMANN, professeur à Prague. (*Arch. f. Ohr.* Vol. XXX, 1re et 2e livraisons.)

C'est un fait connu que l'action prolongée de sons intenses sur l'oreille peut avoir pour conséquence la dureté de l'ouïe et même la surdité, notamment chez les chaudronniers et serruriers. Quant aux lésions de l'organe auditif qui sont la cause de cette surdité, l'absence presque complète de données anatomo-pathologiques n'a permis jusqu'ici que des hypothèses plus ou moins plausibles.

L'auteur ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un chaudronnier atteint de surdité et d'en soumettre l'oreille à l'examen histologique, a cherché à se rendre compte, à l'aide des lésions observées, du mode d'altération fonctionnel observé sur les chaudronniers vivants. Comme les observations à ce sujet sont incomplètes ou ne portent que sur un trop petit nombre de cas, le professeur Habermann a profité de la présence à Prague d'un assez grand nombre de chaudronniers dans les fabriques de

machines pour les soumettre à l'examen clinique, et il a réuni dans un tableau les données ainsi recueillies.

L'épreuve de l'ouïe avait lieu le soir, à la sortie des ateliers. (Pour les détails nous sommes obligés de renvoyer au texte original.)

Chez tous les chaudronniers examinés (31), l'auteur a constaté une diminution plus ou moins grave de la portée de l'ouïe. En général, une forte diminution ne survient qu'au bout de plusieurs années. Quelques-uns ont observé qu'ils entendaient mieux après un jour de repos, par exemple le dimanche.

L'auteur donne trois tableaux. Dans le premier il a réuni les cas de surdité professionnelle pure, ceux où il n'existe pas de maladies de l'oreille moyenne; ce premier tableau comprend 20 cas, c'est celui qui présente le plus d'intérêt au point de vûe en question et le seul dont nous nous occuperons ici. Chez les 20, présents à l'atelier depuis 10 à 40 ans, la surdité est très prononcée; 8 seulement entendent encore la montre au contact soit du pavillon, soit de la tempe ou de l'apophyse mastoïde. Chez tous, l'audition pour le langage à haute voix et le langage murmuré, est fortement diminuée, cependant le langage à haute voix est relativement mieux entendu.

L'épreuve avec le diapason est surtout frappante. Chez tous les sujets examinés, la transmission par les os et par l'air est diminuée. Le résultat de l'expérience de Rinne est toujours positif.

L'audition des notes élevées est fortement diminuée chez tous. La limite de l'ouïe pour les notes les plus aiguës du sifflet de Galton est très fortement abaissée, ce qui indiquerait l'annulation complète de la fonction de la partie du limaçon servant à la perception des sons les plus élevés.

Des bruits subjectifs de diverses natures sont indiqués dans 50 0/0 des cas. Ils sont tantôt constants, tantôt intermittents.

L'auteur rapproche ensuite ces symptômes des lésions observées à l'autopsie d'un chaudronnier dévenu sourd et mort d'un accident dû à sa surdité.

Cet ouvrier était devenu sourd sous l'influence du bruit intense produit dans l'usine où il avait travaillé pendant plus de 20 ans. L'auteur suppose que cette surdité était analogue à celle qu'il a observée chez les chaudronniers, c'est-à-dire qu'il y avait diminution de perception des sons, et que les notes les plus élevées n'étaient plus perçues du tout, quelle que fût la distance. Ceci admis, l'examen histologique correspond parfaitement à la

théorie d'Helmoltz, d'après laquelle les sons les plus élevés sont perçus à la base du limaçon, les plus bas dans les spires supérieures. Il n'y avait rien dans l'oreille moyenne pouvant expliquer la surdité, tandis que l'on constatait la surdité complète de l'appareil nerveux terminal dans la lame spirale et diminution des cellules ganglionnaires du canal de Rosenthal dans la partie terminale de la spire basale. Dans le reste du limaçon où, d'après l'hypothèse admise, il n'y avait pas d'annulation complète, mais seulement amoindrissement de la fonction, l'auteur a constaté une atrophie partielle des nerfs de la lame spirale avec conservation de l'organe de Corti.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les explications qu'il cherche à donner des lésions observées. Elles nous paraissent prématurées. Mais l'observation en elle-même est intéressante et il est à souhaiter que des recherches analogues permettent de se rendre compte des désordres produits dans l'oreille par l'action continue de bruits intenses.

Une remarque curieuse de l'auteur, c'est que ces désordres paraissent être moins graves chez les ouvriers affectés d'une maladie de l'oreille moyenne; il semble qu'il y ait dans ce cas protection de l'appareil nerveux. Peut-être pourrait-on tirer de là une indication pour des mesures prophylactiques destinées à atténuer l'action du son sur l'organe auditif des ouvriers qui y sont particulièrement exposés. A. JOLY.

Les troubles auditifs et leur cause anatomique dans la méningite cérébro-spinale, par le Dr Schwabach, de Berlin. (*Zeits f. Klin Méd.* Bd XVIII, h. 3, u 4, 1890.)

L'auteur relate l'observation et l'autopsie très détaillées d'une personne de 32 ans qu'il a vu succomber à la méningite cérébro-spinale.

Dès le début de la maladie survint de la dureté de l'ouïe qui aboutit bientôt à la surdité complète à droite, tandis qu'à gauche les sons élevés étaient encore perçus. Quelques jours plus tard on fut conduit à pratiquer la paracentèse du tympan droit, puis du tympan gauche pour donner issue à quelques gouttes de pus à diplocoques. Les otites moyennes parurent guérir rapidement, sans influencer la surdité et le malade succomba aux autres accidents cérébro-spinaux. L'examen microscopiques des rochers montra des lésions inflammatoires et destructives du nerf auditif et de ses branches, des infiltrations cellulaires et des hémorrhagies dans la lame spirale, dans les espaces péri-

lymphatiques de la rampe tympanique, de la coagulation de l'endolymphe; l'organe de Corti se trouvait en grande partie détruit à droite et dans les parties supérieures du limaçon à gauche, tandis que le premier tour à gauche était à peu près normal. L'oreille moyenne, la trompe d'Estache, les cellules mastoïdiennes ne présentaient que des lésions insignifiantes relativement. La surdité était donc bien due à l'otite interne; il y a de plus tout lieu de supposer que cette inflammation diplococcique du labyrinthe a été primitive, indépendante de l'otite moyenne, une localisation du microorganisme infectieux qui aurait pu venir du pharynx par voie lymphatique ou encore de la base du cerveau par les aqueducs du limaçon ; en tout cas, l'état de la gaine du nerf acoustique n'indiquait pas une extension directe de la méningite. La conservation de la base du limaçon gauche en rapport avec la perception des sons élevés doit compter parmi les rares cas de la pathologie humaine qui viennent à l'appui des théories d'Helmholtz. M. W.

ERRATUM

Sur le traitement opératoire des corps étrangers de la cavité du tympan. Importance de l'examen ophthalmoscopique, par le prof. E. Zaufal, de Prague.

Dans ce mémoire, paru dans le numéro de mars, à la page 171, le sens du paragraphe de la 4e ligne, en partant du haut, s'est trouvé essentiellement changé par l'omission d'une phrase.

Prière au lecteur de la corriger ainsi qu'il suit :

« S'il existe des symptômes d'abcès cérébral, il faut ouvrir la cavité cranienne et rechercher celui-ci, et il faut aussi ouvrir le sinus peut-être thrombosé. »

Prague, 8 avril 1891.

Prof. Zaufal.

NOUVELLES

Le *Congrès international d'hygiène et de démographie* se tiendra, à Londres, du 10 au 17 août 1891. Le comité de la section de Bactériologie est composé ainsi qu'il suit :

Président : Sir Joseph Lister. — Vice-présidents : G. Buchanan, Klein et Burdon Sanderson. — Conseil : Lauder Brunton ; W. Watson Cheyne ; Crookshank ; Dreschfeld ; P. F. Frankland ; W. S. Greenfield ; D. J. Hamilton ; W. Horsley ; E. Ray Lankester ; D. N. Paton ; A. Ogston ; Payne ; W. Roberts ; C. S. Roy ; Gelinis Woodhead. — Secrétaires : W. Hunter, 61, Wimpole street, Cavendish square, London S. W. ; A. Ruffer, 19, Iddesleigh Mansions, Westminster London S. W. ; C. S. Sherrington, 75, Lambeth Palace Road, London S. W.

Programme.

Les sujets proposés pour la discussion sont :

1° Immunité. — Production naturelle et artificielle ;

2° Tuberculose chez l'homme et les animaux.

Des mémoires seront lus :

1° Sur les caractères généraux des micro-organismes ;

2° Les relations des micro-organismes avec les affections spé-

cifiques infectieuses : Fièvre typhoïde, Choléra, Diphtérie, Malaria, Pneumonie, etc.

3° Action des désinfectants.

Le *Congrès des médecins et chirurgiens américains*, qui s'ouvrira à Washington, le 22 septembre 1891, sera présidé par S. Weir Mitchell. Sont vice-présidents pour l'Otologie et la Laryngologie : Gorham Bacon, président de la Société d'Otologie américaine, et W. C. Glasgow, président de l'Association laryngologique américaine.

Nous lisons dans la *Wiener klinische Wochenschrift* que le Dr Onodi vient d'être nommé docent de laryngologie à l'Université de Buda-Pesth.

Le comité de la *Société française d'Otologie et de Laryngologie* a fixé la première réunion annuelle de la Société au lundi 4 mai, à 8 heures et demie du soir (Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente).

Prière d'envoyer au Secrétaire, avant le 25 avril, le titre des communications que l'on se propose de faire, afin que le comité puisse arrêter l'ordre du jour des séances.

Le secrétaire de la Société,

Dr Et. SAINT-HILAIRE,

51, rue du Four.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier. (Extrait des *Annales de la Policlinique de Paris*, n°s 3 et 4, 1890-91.)

Ueber Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfahigkeit (Sur l'épreuve de l'ouïe et les indications internes du pouvoir auditif), par Schwabach et Magnus. (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, mars 1891.)

Traitement de la tuberculose par le cantharidate de potasse, par W. Lublinski. (Extrait de la *Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, 1891.)

Bericht über die Vershandlungen der otologischen Section des X internationalen medicinischen Congresses zu Berlin (Compte rendu des travaux de la section otologique du Xe congrès international de médecine de Berlin), par S. Szenes. (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, etc., 1890-91.)

De la hipertrofia de las amygdales, par R. de la Sota y Lastra. (Extrait de la *Rev. de med. y Cir. pract.*, 1889.)

Cuerpos extraños en el conducto faringo-esofagico, par R. de la Sota y Lastra. (Extrait de la *Rev. de med. y Cir. pract.*, 1890.)

Mis impresiones acerca del metodo del doctor Koch contra la tuberculosis, par R. de la Sota y Lastra. (Extrait de la *Rev. med. de Sevilla*, tome XVI, n° 1, 1891.)

A case of tumor of the larynx showing amyloid degeneration (Un cas de tumeur du larynx présentant une dégénération amyloïde), par F. H. Hooper. (Extrait du *New York med. Record*, 7 mars 1891.)

Traité pratique de chirurgie infantile, par E. Owen, traduit sur la deuxième édition anglaise et considérablement augmenté, par O. Laurent. (Un volume de 700 pages avec 151 figures, prix : 15 fr. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1891.)

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für studirend und Aezte (Manuel d'otologie pour les étudiants et les médecins), par F. Bohrer. (Un vol. de 240 pages, avec 125 figures, F. Deuticke, éditeur, Leipzig et Vienne, 1891.)

De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. Étude accompagnée de 22 observations inédites recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz, par J. M. Jeanty. (Un volume de 137 pages, prix 3 francs. Féret, éditeur, 15, cours de l'Intendance, Bordeaux, 1891.)

Azione della linfa di Koch nella tuberculosi laringea, par F. Felici. (Extrait du *Boll delle Malattie dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 3, 1891.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 56.4.91.

Le Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences* se tiendra à Marseille, du 17 au 24 septembre 1891. La section de médecine sera présidée par le Dr Chapplain, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille. La question du *Traitement de la tuberculose* est à l'ordre du jour de la section.

Le comité de la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, frappé des inconvénients d'une réunion trop rare des laryngologistes et des otologistes français, a convoqué les spécialistes parisiens à l'effet de proposer la fondation d'une Société parisienne d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie. Vingt-cinq confrères avaient répondu à cet appel, où la fondation d'une Société à séances mensuelles a été décidée. Parmi les adhérents figurent des noms qui n'appartenaient pas à la Société française, tels que ceux du professeur Duplay, du Dr Reynier, agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux, du Dr Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution des Sourds-Muets. Voici les noms des membres fondateurs de la nouvelle Société : Astier, Blanc, Boucheron, Cartaz, Chatellier, Coupard, Duplay, Fauvel, Garrigou-Desarènes, Gellé, Gouguenheim, Hermet, Ladreil de Lacharrière, Lévi, Lubet-Barbon, Luc, Marrage, Martin, Ménière, Miot, Moura-Bourouillon, Potiquet, Reynier, Ruauld, Saint-Hilaire.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Mai 1891. — N° 5.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ÉRYSIPÈLE PRIMITIF DE LA LANGUE

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

Je tiens à relater ici un cas d'érysipèle à marche curieuse. L'affection, en effet, débuta par la langue, envahit l'arrière-gorge, les fosses nasales et vint en dernier lieu s'épanouir sur la face. Il suffit de lire l'histoire du malade pour se rendre compte qu'il ne peut être émis aucun doute sur la marche du processus érysipélateux dans cette circonstance.

Claude B..., journalier, âgé de 37 ans, entre dans mon service le 17 avril 1889, pour un érysipèle de la face. Aucun antécédent héréditaire n'est à signaler dans sa famille. Il n'a fait aucune maladie et n'a jamais eu d'érysipèle. Il avoue quelques excès alcooliques. Il est en outre affecté d'un bégaiement intense depuis son enfance.

La maladie actuelle a débuté il y a huit jours par un etuméfaction considérable de la langue, qui commença tout d'abord par la moitié antérieure gauche de cet organe. Il semble que l'on retrouve à ce niveau une trace d'ulcération que le malade aurait d'ailleurs complètement ignorée. Une dent cariée à bord tranchant siège à peu près au niveau du point que l'on vient de signaler. L'enflure de la langue était telle que le malade ne pouvait fermer la bouche et laissait sourdre en bavant une quantité notable de salive.

Cet état local s'accompagna dès les premiers jours d'un état général assez grave, qui ne fut cependant constaté par aucun

médecin. Il y avait un affaiblissement général marqué, une céphalée intense et une fièvre assez forte. L'état de la langue provoquait de vives douleurs, la déglutition était douloureuse, voire même impossible. Il est difficile de dire s'il y avait en même temps de l'angine. Le malade n'a pas remarqué de ganglions du côté du cou. Il ne prit aucun médicament et l'inflammation de la langue disparut au bout de trois jours.

A ce moment, il conserva de la douleur du fond de la gorge, puis le nez s'obstrua de telle façon que la respiration nasale devint impossible.

Trois jours après la disparition des phénomènes buccaux, le malade s'aperçut qu'il avait de la rougeur et de l'empâtement des ailes du nez. Le nez était devenu en même temps fort douloureux. En moins de deux jours, l'érysipèle gagna les deux joues, le nez et les paupières sans dépasser le front ni la région temporale. L'inflammation est cependant prépondérante à gauche et, sur le côté gauche du nez, on remarque de petits points blancs acnéiformes.

Tel est l'état du malade à son entrée à l'hôpital le 17 avril. Sa température s'élève à 40°,5. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Du côté de la cavité buccale, on ne constate plus qu'une légère rougeur de la muqueuse ; on aperçoit aussi des sécrétions muco-purulentes tapissant le pharynx et descendant du naso-pharynx. La température reste au-dessus de 40° pendant quatre jours, et du 20 au 23 avril regagne progressivement la normale. Dans l'intervalle, le malade a quelques épistaxis; puis malgré l'abaissement de la température, l'érysipèle gagne les oreilles et le cuir chevelu. Le malade quitte l'hôpital peu de jours après complètement guéri.

Bien que je n'aie pu assister à l'évolution du processus sur la langue et en vérifier la nature par la recherche du *streptococcus* de Fehleisen, il est certain qu'il s'agissait d'un érysipèle primitif de la langue propagé secondairement aux fosses nasales puis à la face. Je fais remarquer aussi que la tuméfaction de la langue était considérable. Ce fait est contraire à l'opinion de Spillmann et de Ganzinotty (art. *Erysipèle*, dict. Dechambre). Ces auteurs prétendent en effet que la langue érysipélateuse est médiocrement tuméfiée.

II

SUR LES CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX

Par le Dr **Paul KOCH**, de Luxembourg.

Fr. P..., de Luxembourg, garçon âgé de 6 ans soupait avec ses parents et ses trois frères et sœur dans la soirée du 22 mars; on mangeait de la viande de mouton cuite dans du riz et de l'eau, plat malheureusement à la mode dans notre pays; les bouchers, avant de délivrer cette viande à leurs clients, en broient les os avec leur couperet, de sorte que le mets tout préparé et servi à table contient beaucoup d'esquilles osseuses mélangées au riz et à la viande. L'enfant n'avait jamais été malade, il se portait bien en se mettant à table, quand pendant le repas il mit tout à coup sa cuillerée de côté en pâlissant. Son père, qui l'avait observé, dit de suite : « l'enfant a un os dans la gorge » et le pauvre petit répondit : « oui », d'une voix devenue subitement rauque; il n'y avait ni douleur ni accès de suffocation; l'accident était arrivé sans que l'enfant n'ait ni ri, ni parlé, ni toussé. Le Dr Gredt, qui avait vu l'enfant immédiatement après l'accident, me l'envoya vers huit heures du soir; la voix était rauque, le cornage à peine perceptible aux deux temps de la respiration. L'examen du pharynx et du larynx, d'une pratique très facile chez cet enfant très docile, ne fournit qu'un résultat négatif; l'épiglotte inclinée en arrière cachait l'entrée du larynx et ne permit d'apercevoir que les deux cartilages aryténoïdes qui restaient immobiles pendant la respiration aussi bien que pendant les essais de phonation; cette position fixe correspondait à peu près à la position des cordes vocales dite « cadavérique ». Le laryngoscope n'était donc d'aucune valeur pour le diagnostic, sauf qu'il permit d'exclure toute maladie aiguë et qu'il fit voir l'immobilité des cartilages aryténoïdes, laquelle correspondait naturellement à l'immobilité des cordes vocales inférieures. Comme il n'y avait pas de péril en la demeure, je laissai le petit malade se coucher sans donner de vomitif, ce qui, du reste, ne sert jamais à rien en pareil cas. Dans le courant de la nuit, la région laryngienne devint douloureuse et le cornage s'accentua; à la visite du matin,

cette aggravation des symptômes fut constatée et comme le type respiratoire était devenu tout à fait celui du croup laryngé prononcé, l'intervention chirurgicale fut décidée. En face des limites si restreintes du champ opératoire et de la grande dyspnée, l'extraction par les voies naturelles fut rejetée de prime abord. Les Drs Baldauff, Gredt et moi nous pratiquâmes la trachéotomie classique en ouvrant la trachée aussi largement que possible et en introduisant le n° 2 de la série des canules de Krishaber. Immédiatement après l'opération, la respiration devint normale, preuve que l'obstacle à la respiration siégeait au larynx; l'exploration digitale effectuée impunément par chacun de nous permit de constater facilement la présence d'un os pointu, immobilisé

entre les fausses cordes vocales et reposant sur les cordes vocales inférieures. Malgré la trachéotomie, l'extraction par les voies naturelles ne réussit pas, et j'étais sur le point de faire suivre la laryngotomie proprement dite quand, sur le conseil du Dr Baldauff, la canule trachéale fut ôtée, les lèvres de la plaie furent écartées et une pince laryngienne fermée fut introduite de bas en haut dans le larynx. Pendant cette petite manœuvre, les doigts de l'autre main introduits dans la bouche reçurent les mors de la pince et avec eux l'os en question. La canule fut laissée pendant deux jours en place. Dix jours après l'accident, la plaie fut guérie et le larynx était revenu à son état normal. L'image ci-contre montre l'os de grandeur naturelle, vu de face; l'épaisseur est prise en grandeur double pour mieux faire voir la parosité de l'os; son poids est de 0,19 grammes. Vu ses di-

mensions relativement grandes, il faut admettre que l'os fut placé de champ dans le larynx, laissant autour de lui un espace assez grand pour permettre une respiration plus ou moins normale; ce ne fut que l'inflammation secondaire provoquée par le traumatisme qui produisit la laryngosténose et qui nécessita la trachéotomie qui fut pratiquée comme indication vitale aussi bien que comme indication curative.

Bien que les exemples des corps étrangers des premières voies aériennes soient relativement fréquents et que leur traitement soit réglé d'après des lois bien définies, il n'est pas à nier que chaque cas isolé présente son côté intéressant et ses indications opératoires spéciales. Les statistiques prouvent que de tous les corps étrangers du larynx, en général, les fragments d'os représentent le plus grand nombre; parmi ces fragments d'os, les os de mouton sont à leur tour les plus fréquents, non parce que ces derniers présentent un certain privilège de choisir une route anormale, mais parce que les bouchers ont la mauvaise habitude de les broyer avant de la vendre; cette viande ainsi arrangée est cuite et servie dans son bouillon sans être tamisée. Les accidents fâcheux provenant de ce mode de préparation sont assez nombreux pour justifier une mesure de police défendant aux bouchers de broyer la viande de mouton avant de la vendre.

Au moment de la trachéotomie, l'image clinique présentée par notre malade avait une ressemblance si frappante avec un vrai croup laryngien que faute d'anamnèse la confusion aurait été possible. Dans les doutes de ce genre, l'invasion subite du mal et son mode d'origine trancheront de suite la question. L'absence du bruit de grelottement (Dupuytren) et du bruit du drapeau (Nélaton) ainsi que le manque d'accès de suffocation périodiques parlaient pour l'immobilité du corps étranger; la toux croupale, le cornage, l'aphonie plaidaient pour sa présence au larynx même; le laryngoscope ne fournit aucune donnée. Notre petit malade fournit la preuve que le principe de Krishaber « qu'il ne faut pas pratiquer la trachéotomie si un corps étranger pointu est immobilisé au larynx » n'est pas généralisable. Il est surprenant qu'au moment de l'accident l'enfant n'avait pas fait de

mouvement inspiratoire non voulu, condition que l'on admet habituellement en cas pareil. Dans ces cas de corps étrangers dits « glottiques » l'exploration digitale conduit très souvent au vrai diagnostic, mais elle est à déconseiller, même quand le cornage n'est pas très prononcé; la respiration n'étant pas garantie par une trachéotomie prophylactique, le moindre déplacement de l'os peut provoquer une dyspnée subitement mortelle, tandis qu'après l'ouverture artificielle de la trachée l'exploration digitale rentre dans ses droits : elle donne des résultats plus précis que le laryngoscope; en précisant le diagnostic elle indique en même temps la marche à suivre pour l'extraction. Dans des cas semblables au nôtre, il est inutile de vouloir mettre à profit les lois de la pesanteur dans le but de faciliter au corps étranger sa chute au dehors des voies aériennes. Les différentes positions à donner au malade ainsi que les manœuvres conseillées par Krishaber ne servent à rien; après avoir pratiqué la trachéotomie, il faut se rappeler qu'un os séjournant depuis peu de temps dans le larynx peut facilement rebrousser chemin, tandis qu'un peu plus tard ce déplacement ne s'effectue que difficilement par des efforts capables de produire des lésions pouvant à l'avenir entraver les fonctions physiologiques des cordes vocales. Dans le premier cas, il faut essayer le petit manuel opératoire qui a si bien réussi chez notre petit garçon; dans le second cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer séance tenante la laryngotomie proprement dite et à extraire l'os par cette voie nouvellement créée. La laryngotomie dans ce cas est une opération peu dangereuse, se pratiquant d'autant plus facilement que la canule trachéale ordinaire peut être remplacée par une canule à tampon de Trendelenbourg et que quelques gouttes de chloroforme respirées par cette nouvelle canule suffisent pour endormir le malade sans aucun danger.

III

LUPUS DE L'OREILLE MOYENNE

Par le Dr **M. OUSPENSKI** (1). (Clinique chirurgicale du professeur N.-V. Sklifossovski.)

Le lupus est une affection cutanée fréquente. On l'observe plus rarement sur la muqueuse des voies respiratoires supérieures et moins fréquemment encore sous une forme primitive. Quant au lupus de l'oreille moyenne, il est fort rare. D'après la statistique de J. Middlemass Hunt (2), sur 381 cas de lupus externe, on en trouve 8,9 0/0 pour le larynx et 20 0/0 en y ajoutant les affections du pharynx et du voile du palais. La première observation de lupus primitif de la muqueuse nasale appartient à Rayer et remonte à l'année 1835 ainsi qu'on le voit dans la monographie de Raulin (3). Ensuite parut la thèse de Moinel sur le même sujet, et enfin en 1886 Cozzolino (4) publia un cas de lupus primitif de la muqueuse nasale. Pour le lupus de l'oreille moyenne, je n'en ai trouvé dans la littérature que je possède qu'un seul cas observé par G. Gradenigo (5), dans lequel le malade succomba à une phtisie pulmonaire compliquée d'une sténose laryngée et d'un lupus étendu à la face, au tronc et aux extrémités.

A l'autopsie, on trouva « la cavité de l'oreille entièrement occupée par un tissu de formation nouvelle, constitué principalement par de petites cellules rondes. Ce tissu se continuait en avant dans la trompe osseuse, en arrière dans les cellules mastoïdiennes, remplissait les niches des deux fenêtres et s'étendait aussi un peu dans l'oreille interne ».

(1) Communication faite à la Société chirurgicale de Moscou, séance du 13 mars 1891.
(2) *Annales des maladies de l'oreille*, n° 8, 1890.
(3) *Archives de laryngologie*, page 31, 1890.
(4) *Annales des maladies de l'oreille*, page 239, 1887.
(5) *Annales des maladies de l'oreille*, n° 2, 1889.

« Les vaisseaux sont nombreux, généralement avec un diamètre volumineux et une forte infiltration de la tunique adventice par de petites cellules. Parfois il existe une prolifération du revêtement endothélial qui diminue ou supprime complètement la lumière. Çà et là des hémorragies interstitielles ».

« Le muscle tenseur du marteau, le nerf facial, le nerf de Jacobson sont fortement infiltrés. Nulle trace de la corde du tympan dans la caisse ». Le néoplasme gagna par le pharynx et la trompe d'Eustache la cavité de l'oreille moyenne, et s'étendit à l'oreille interne par trois voies : 1° par la fenêtre ronde, la voie principale; 2° par la fenêtre ovale; 3° en longeant la mince lame osseuse qui sépare le canal de Fallope du sommet du canal semi-circulaire externe.

Le malade que j'observai à la clinique du professeur N.-V. Sklifossovski me fut adressé par mon confrère A.-N. Sakharof auquel je fis voir l'aspect présenté par la membrane du tympan.

P. N.-E., paysan, âgé de 18 ans, de taille moyenne, de complexion modérée, entre à la clinique le 19 janvier pour un lupus du nez. Le père et la mère du malade se portent bien de même que deux de ses frères. La sœur est morte à l'âge de 15 ans d'une maladie ignorée.

Le malade a la voix claire et ne se plaint que de son lupus. Autrefois il jouissait d'une bonne santé. Ce n'est que deux mois avant son entrée à la clinique qu'apparut une otorrhée droite qui, diminuant peu à peu, disparut presque totalement.

Le 20 janvier, le malade subit une première injection de lymphe de Koch. L'oreille ne réagit pas. Le 22, six heures après la seconde injection se montra, consécutivement à la réaction générale et locale du nez, une violente douleur à l'oreille atteinte d'otorrhée. La douleur fut tellement vive que le malade ne put dormir de toute la nuit. Vers le matin, la douleur diminua, la sécrétion muco-purulente augmenta considérablement. Les phénomènes auriculaires ne reparurent pas aux injections suivantes: la réaction ne se renouvela qu'après la onzième injection qui fut pratiquée le 15 janvier.

Je n'eus pas occasion d'observer le malade lors de la première

réaction du côté de l'oreille, je ne le vis que quelques jours après.

Au premier examen, le malade ne perçoit le bruit de la montre que près de la conque; le son du diapason se localise à l'oreille malade; la membrane du tympan infiltrée présente une coloration grise, le marteau n'est pas visible; au segment inféro-antérieur on remarque une perforation ronde avec des bords irréguliers; la trompe d'Eustache a été impénétrable par les procédés de Politzer et de Valsalva. La sécrétion purulente est considérable. L'oreille est lavée tous les jours avec une dissolution d'acide borique.

Le second examen fut pratiqué le 16 janvier, le lendemain de la onzième injection de lymphe de Koch. Au moment de la réaction, on trouva tout le tiers supérieur de la membrane du tympan couvert d'une fine éruption tuberculeuse fortement teintée de rouge; même éruption à la moitié supérieure du marteau; la moitié antérieure de la membrane tympanique est un peu excavée; la perforation paraît avoir diminué. Au lavage se dégagent des flocons muqueux. La douleur d'oreille persiste, mais elle est moins vive.

17 janvier. La rougeur de la membrane du tympan a pâli; à la limite de l'éruption, derrière le marteau, au niveau du bord intérieur de la poche postérieure de Troeltsch, on remarque deux ulcérations superficielles de la taille d'une tête d'épingle. Ces ulcérations se trouvent sur une même ligne, séparées par un intervalle insignifiant de l'épiderme.

18 janvier. La rougeur n'est visible qu'à la membrane de Shrapnell.

20 janvier. La rougeur a disparu. La membrane tympanique est privée d'épiderme; par endroits, elle est couverte d'écailles; à la place de l'ulcération on voit deux petites taches brillantes. La sécrétion a beaucoup augmenté. L'audition a diminué à droite; le malade ne perçoit plus le bruit de la montre appliquée à la conque. La maladie a dû se propager par la cavité naso-pharyngienne et la trompe d'Eustache.

L'examen microscopique de la sécrétion de la cavité de l'oreille moyenne fait par le prosecteur d'anatomie pathologique, M. N. Nikiphorof, a montré une masse énorme de micro-organismes, de sorte que cette sécrétion en a présenté une véritable culture; sur tous ces micro-organismes prédo-

minaient les bacilles dont les extrémités se coloraient plus facilement que le milieu quoique chez quelques-uns ce dernier se colorât aussi ; dans une double coloration quelques bacilles contenaient des *sporis,* dans une des préparations, on trouva des bacilles de Koch, mais en petite quantité. On trouva également des *cocci* isolés ou réunis deux à deux, ou en forme de chaînettes. Il y avait peu de leucocytes, mais une quantité de cellules épithéliales.

On peut reconnaître, dans ce cas, la valeur diagnostique de la lymphe de Koch ; mais quant à son action thérapeutique, elle n'eut aucun succès.

IV

UN ACCIDENT LARYNGÉ DANS LE COURS DU MAL DE BRIGHT

Par **Henri MENDEL**, interne des hôpitaux de Paris. (Clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière.)

Nous rapportons, sous ce titre, une observation d'œdème du larynx survenu dans le cours d'une maladie de Bright. Ce fait est intéressant par sa rareté bien constatée par Sestier et tous ceux qui, après lui, ont étudié l'œdème laryngé. Il se recommande encore à l'attention par une particularité sur laquelle nous insisterons.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, homme de peine à la Compagnie des Omnibus. Il n'a aucun antécédent héréditaire ; il a fait une fièvre typhoïde en 1860 et de l'urticaire en 1863.

En 1870, il observa pour la première fois des accidents qui devaient se reproduire périodiquement et finir par mettre sa vie en danger. C'était un gonflement des jambes que le repos fit disparaître en sept ou huit jours, gonflement qu'il ne s'expliqua pas ; il se rappelle n'avoir jamais eu de varices. Quelque temps, après, les mains furent atteintes de ce même œdème ; le scrotum fut pris aussi. Le retour à l'état normal ne se fit pas longtemps attendre.

Comme ces petits accidents disparaissaient rapidement et n'avaient rien d'inquiétant, il reprit son travail et ne consulta pas de médecin.

Depuis cette époque, et régulièrement, le malade vit reparaître le même œdème aux membres inférieurs, aux mains et au scrotum; le gonflement se produit tous les deux mois et disparaît sans médication. La face se prit aussi; il remarqua que les lèvres et les paupières se gonflaient; cet œdème était d'ailleurs aussi fugace que celui des pieds.

Depuis le début de ces accidents, le malade n'a jamais rien ressenti de grave; aucun signe d'urémie ne s'est jamais présenté. Les urines n'ont jamais été examinées.

Le 1er avril dernier, à onze heures du matin, il ressent une certaine difficulté pour parler et pour respirer, la déglutition se fait sans douleur. Il quitte son travail et constate lui-même de l'œdème de la face et des lèvres. Cet état s'aggrave pendant la nuit; il est pris d'accès de suffocations si terribles qu'il crut étouffer. Il entre à l'hôpital Lariboisière, le 2 avril au matin, dans le service de notre maître, M. le Dr Gouguenheim. A ce moment, les lèvres sont gonflées. L'examen de la gorge et du larynx donne les résultats suivants :

Rougeur très prononcée du voile du palais, surtout des piliers antérieurs et de la luette avec œdème considérable de ces parties. Gonflement œdémateux très notable du repli pharyngo-épiglottique gauche, repoussant la partie gauche de l'épiglotte contre la partie droite, de manière à produire un accolement complet de ces deux parties. Presque rien à signaler du côté des replis aryténo-épiglottiques qui sont à peu près normaux. Impossibilité de voir les cordes vocales.

En voyant cet œdème, M. Gouguenheim fit examiner l'urine de suite, et on constata l'existence d'une certaine quantité d'albumine. C'est alors que nous interrogeâmes le malade sur ses antécédents.

Nous devons noter encore que l'auscultation du cœur ne nous donna rien de particulier.

Le traitement consista en pulvérisations tièdes dans la gorge avec de l'eau phéniquée; en outre, le malade fut soumis à la diète lactée absolue.

Au bout de deux jours, les troubles de la respiration ont disparu, en même temps que l'œdème des différentes parties de la face et de la gorge. L'examen laryngoscopique pratiqué alors montra toutes les régions de l'organe dans leur état normal.

L'épiglotte seule présentait une disposition particulière. A la face postérieure de l'opercule, on trouva à un demi-centimètre du bord supérieur, une petite tumeur conique, formée probablement par une inflammation chronique de la muqueuse. La petite tumeur n'avait pas plus d'un demi-centimètre de longueur. Le malade n'en avait jamais été gêné et il refusa l'opération qu'on lui avait proposée pour l'en débarrasser.

Cet homme sortit de l'hôpital le 9 avril complètement rétabli; cependant ses urines sont toujours albumineuses.

Ce cas nous a paru intéressant à plus d'un titre. L'histoire de ce brightique parcourant un espace de plus de vingt ans sans éprouver d'autre accident qu'un léger œdème périodique est d'abord loin d'être ordinaire. Mais, ce qui nous a le plus frappé, c'est la coïncidence avec ce cas foudroyant d'œdème laryngé, de la petite tumeur de l'épiglotte. Nous croyons voir là un point d'appel laryngé pour les accidents que nous venons de signaler. La tumeur épiglottique crée en ce point un « locus minoris resistentiæ ». De la rareté de l'œdème brightique ne peut-on pas conclure que la constitution du larynx n'appelle pas ce gonflement, et que, — en empruntant le mot de Trousseau, le mal de Bright n'aime pas le larynx ? Donc dans les cas où cette maladie frappe l'organe vocal, peut-être serait-on autorisé à penser qu'une inflammation chronique ou qu'une lésion quelconque, ayant fait un lieu de moindre résistance, y a provoqué l'apparition des formidables accidents de l'œdème laryngé.

BIBLIOGRAPHIE

De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. — Étude accompagnée de vingt-deux observations recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz, de Bordeaux, par le Dr Jeanty. (Bordeaux, 1891, chez Feret et fils, éditeurs.)

L'empyème du sinus maxillaire envisagé sous la forme classique telle qu'on la trouve décrite dans les traités de pathologie

externe, est une affection rare. C'est cette forme qui était seule connue jusqu'à présent. Mais l'empyème du sinus maxillaire existe plus souvent sous une forme latente, dont la connaissance ne remonte guère qu'à 1886.

Le caractère essentiel de cette forme est l'absence de symptômes pathognomoniques, et l'affection ne peut, la plupart du temps, être relevée que par une ponction exploratrice du sinus.

C'est de cette forme que traite la monographie de M. Jeanty.

Son travail se divise en six chapitres, dont nous analyserons les parties principales.

Le premier chapitre contient l'historique des plus complets de la question.

L'auteur distingue deux périodes de l'histoire de l'empyème de l'antre :

1° La période classique ou prérhinologique, dont le début remonte surtout aux travaux de Jourdain (1860-1878) pour finir en 1886 ; 2° à partir de 1886 commence la période rhinologique que Ziem inaugure par ses travaux sur la forme non classique de l'empyème.

Ce chapitre se termine par une comparaison entre la rareté de l'empyème classique et la fréquence de la forme latente de cette affection. En effet, dans le court espace de quinze mois environ, et sur une moyenne de 700 malades, traités par le Dr Lichtwitz pour des affections du nez, des oreilles et du larynx, l'auteur a pu réunir 22 observations qui font l'objet du travail.

IIe CHAPITRE. *Etiologie et pathogénie.* — Les diverses causes de la suppuration du sinus sont réparties en deux classes : 1° Traumatismes et corps étrangers ; 2° propagation de voisinage, ces dernières se divisant elles-mêmes en causes d'origine nasale, dentaire et maxillaire.

L'étude de chacune de ces catégories, ainsi que leur valeur étiologique, est basée sur des cas empruntés aux divers auteurs et principalement sur les observations personnelles.

IIIe CHAPITRE. *Symptômes.* — Après une revue des divers signes caractéristiques de l'empyème classique, ces derniers sont successivement écartés de la symptomatologie de l'empyème latent. Le symptôme de la distension des parois est attribué aux tumeurs et aux kystes du sinus maxillaire.

De tous les symptômes de l'empyème latent, il faut citer le seul symptôme constant : *la blennorrhée nasale* et un symptôme assez fréquent et très caractéristique la *cacosmie*, perçue

par le malade, alors que sa perception échappe à l'entourage. Passant ensuite de l'exposé des rares symptômes locaux, aux complications de la maladie, ces dernières sont considérées comme devant avoir une grande importance diagnostique ; ainsi certaines *manifestations pyémiques*, dont la genèse est inconnue, peuvent trouver leur explication dans des lésions révélées par l'examen nasal et surtout des sinus.

Dans deux de ses observations, une pneumonie purulente suivie d'abcès pulmonaire, était due à l'empyème de l'antre.

IVe Chapitre. *Diagnostic.* — Les maladies telles que l'ozène, la carie osseuse, les tumeurs malignes des fosses nasales, les corps étrangers, le coryza caséeux, l'hypersécrétion de la glande de Luschka, etc., pouvant se confondre avec l'empyème, sont éliminées dans le premier paragraphe de ce chapitre relatif au diagnostic différentiel.

Les divers procédés d'exploration de l'antre sont passés en revue. Après un exposé critique des méthodes successivement préconisées (Jourdain, Hartmann, Schmidt, l'éclairage de Heryng, etc.), la préférence est donnée à la ponction suivie du lavage explorateur, ponction qui est faite, soit par les gencives avec le foret américain des dentistes (Ziem), soit par la paroi nasale au niveau du méat inférieur, à l'aide d'un mince trocart droit (Lichtwitz). C'est surtout ce dernier procédé, le plus simple et le moins douloureux, qui est recommandé par l'auteur. Il en donne une description détaillée.

Cette exploration doit être faite méthodiquement dans chaque cas de blennorrhée nasale dont l'origine reste inconnue. Cette exploration *méthodique* fait découvrir des cas d'empyème qui seraient restés inaperçus et montre surtout que les cas d'empyème double ne sont pas aussi rares qu'on l'a fait croire. Elle permettra aussi, en donnant un résultat négatif, d'éviter une large ouverture inutile du sinus maxillaire, opération pénible pour le malade et humiliante pour le médecin.

Ve Chapitre. *Marche et pronostic.* — Ce chapitre est une statistique raisonnée de la fréquence de l'empyème suivant l'âge et le sexe des malades. Le pronostic est surtout basé sur l'ancienneté de l'affection et le mode de traitement employé.

VIe Chapitre. — Le chapitre *traitement* comprend un résumé de tous les procédés usités jusqu'à ce jour pour vider l'antre de son contenu morbide et introduire dans cette cavité les substances médicamenteuses.

L'auteur n'est pas d'avis que l'on puisse employer une méthode exclusive, mais au contraire, il pense que le mode d'intervention doit varier selon les cas; toutefois, l'ouverture de l'antre par l'alvéole d'une molaire (procédé de Cooper), qui a été pratiquée dans chacun des vingt-deux cas rapportés, paraît être la plus pratique, tant par la simplicité de l'opération que par la facilité qu'elle donne au malade de pratiquer lui-même les injections.

Dans les cas rebelles, le traitement sec d'après la méthode de Krause à travers une ouverture de la paroi nasale au niveau du méat inférieur ou à travers l'ouverture alvéolaire élargie, est indiquée. Dans les cas résistant à ces procédés on doit pratiquer dans la fosse canine une large ouverture qui permette le raclage et le tamponnement du sinus maxillaire.

Les 22 observations, provenant de la clinique du Dr Lichtwitz, sur lesquelles se base le travail, terminent l'ouvrage. Elles sont intéressantes au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et surtout des complications, signalons spécialement les observations I, X et XXII.

Un index bibliographique de plus de 200 ouvrages cités dans le texte termine cette monographie. A. G.

Des polypes nasopharyngiens et de leur traitement sans opération préliminaire, par le Dr Max Migge. (Thèse de doctorat soutenue à l'Université de Kœnigsberg, 1891.)

Le Dr Michelson, qui a inspiré cette thèse, fait avec succès l'arrachement simple des polypes naso-pharyngiens à l'aide d'une anse métallique; elle ne doit ni couper, ni écraser la tumeur, mais servir uniquement à la saisir aussi haut que possible et à l'extirper à l'aide d'une traction brusque et forte, on arrive ainsi à enlever des masses considérables et irrégulières; pour mieux fixer l'anse on peut se servir de l'anse galvano-caustique, qui se creuse une rigole dans la tumeur; on éteint aussitôt, et l'instrument sert à l'arrachement. L'hémorrhagie, par ce procédé, est insignifiante. M. W.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS

ribution à l'étude de l'aphasie motrice sous-corticale et de localisation cérébrale des centres laryngés (Muscles phonateurs), par Déjerine. (*Bulletin de la Société de biologie,* ance du 28 févier 1891, p. 155.)

›tre savant collègue Déjerine dont la notoriété en pathologie euse est hors de toute contestation, vient d'apporter aux ions de notre ami Garel, de Lyon, et de son collaborateur une précieuse contribution, en démontrant l'existence cer‑ › d'une localisation cérébrale d'un centre laryngé, agissant ıne seule corde vocale, malgré l'intégrité du centre opposé. deux malades avaient de l'hémiplégie droite, de l'aphonie, avec possibilité de comprendre la conversation, et intelli‑ ›e suffisamment conservée; l'aphasie même n'était pas abso‑ les malades pouvaient presque se faire comprendre en par‑ à voix basse. L'examen laryngoscopique permettait de ınaître la paralysie de la corde vocale du côté paralysé et ıouvements de la corde opposée. Aucun trouble des mouve‑ ›s de la langue et de la déglutition. Aucun trouble respira‑ . A l'autopsie, on constata un ramollissement de la partie ‑corticale de la circonvolution de Broca, à l'union de la ième frontale parallèle avec la frontale ascendante, et l'exis‑ › de lésions d'autres parties, entre autres du tiers moyen de psule interne. *Chez un des malades, l'examen de la protu‑ nce et du bulbe fut entièrement négatif*, chez l'autre, on ‚ata de très petites lésions de chaque côté de la protubé‑ ›, mais rien du côté du bulbe.

s expériences de Horsley et Semon avaient bien noté que le e des mouvements de phonation du larynx étaient à la sur‑ du cerveau ou près de là, mais que la lésion de ce centre ne ait entraver la phonation qu'à condition que celui du côté sé fût aussi altéré. Les autopsies de Déjerine ınfirment ce tat qui ne s'appuyait du reste que sur des expériences, elles confirment le résultat de ces recherches qui avaient li à l'établissement de deux sortes de centre, un phonateur le siège serait cérébral et cortical et un centre respirateu le siège serait bulbaire. Chez les malades de Dejerine, l‌ ration était absolument intacte. A. G.

COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Par le Dr KRAKAUER.

Séance du 20 *février* 1891.

Présidence de B. FRAENKEL.

A. ROSENBERG discute, à la suite de l'observation d'un cas de papillome de la base de la langue, des *tumeurs de la base de la langue.* — 1) Polypes, hyperplasies du genre des tumeurs du tissu lymphatique primitivement formé. — 2) Kystes, tumeurs de rétention venant des glandes du conduit excréteur et de débris des fistules cervico-branchiales. — 3) Fibromes (*a*) bénins, (*b*) malins. — 4) Papillomes. — 5) Chondromes. — 6) Ostéomes. — 7) Adénomes. — 8) Dermoïdes (*a*) kystes, (*b*) tumeurs dermoïdes, (*c*) tumeurs thyroïdes; elles proviennent du conduit excréteur et aussi du conduit thyro-lingual et dépendent des troubles de développement dans le domaine du champ mésobranchial. — 9) Sarcomes. — 10) Carcinomes. L'auteur cite les cas les plus frappants de la littérature et traite du diagnostic différentiel.

P. HEYMANN montre un ciseau recourbé à la surface pour la base de la langue.

G. LEWIN parle des affections spécifiques de la langue.

G. LEWIN présente une *femme qu'il a trachéotomisée en* 1863 *pour une tumeur sous-glottique* et qui depuis supporte la canule sans souffrir.

Séance du 27 *mars* 1891.

Présidence de B. FRAENKEL.

LANDGRAF présente un polype nasal de nature kystique.

B. FRAENKEL montre des préparations du même genre.

A. ROSENBERG présente un homme atteint d'une *atrésie membraneuse du tiers antérieur du larynx;* celle-ci provient d'une pendaison rompue.

SCHEINMANN présente un malade auquel il a *extirpé par la méthode endolaryngée un carcinome du larynx et du pharynx.* Traitement consécutif par la pyoctanine. Scheinmann traite des

indications de la méthode endolaryngée; il a aussi obtenu de bons résultats de l'électrolyse.

Landgraf a vu par ce dernier moyen se produire des crampes glottiques.

C. Rosenthal a vu, chez un jeune homme, à la suite d'une violente congestion cérébrale, de *fortes hémorrhagies pharyngiennes* qui provenaient de l'amygdale gauche et de l'arc palato-pharyngien. Les organes internes étaient sains.

Schœtz mentionne la relation des hémorrhagies nasales et pharyngées avec les affections du foie.

Katzenstein a vu des hémorrhagies venant d'une varice de l'arc palato-pharyngien dans l'insuffisance mitrale et aussi dans les tumeurs malignes.

A. Rosenberg mentionne les hémorrhagies des veines dilatées de la base de la langue.

Scheinmann en a vu de semblables dans les cas d'hypertrophie amygdalienne.

Herzfeld rappelle un cas de polype hémorrhagique de l'antre d'Highmore décrit par M. Schaeffer.

Landgraf distingue les hémorrhagies pharyngées des hémorrhagies pulmonaires par la démonstration de l'épithélium pavimenteux.

Treitel a vu des hémorrhagies chez les arthritiques.

Séance du 24 *avril* 1891.

Présidence de B. Fraenkel.

Scheier présente un malade atteint de *fracture du larynx ;* aussitôt après l'accident, on pratiqua par en bas la trachéotomie et le tamponnement. Après quatre semaines, on fit des efforts inutiles pour retirer la canule. La lame du cartilage thyroïde droit est située plus haut et plus en dedans que la gauche. A la place des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs, on voit deux bourrelets d'un blanc gris. Les cartilages aryténoïdes sont peu mobiles; on ne voit pas les cordes vocales. Granulations dans le larynx. On tenta des sondages en partant du bas. Le malade peut respirer maintenant avec la canule fermée. Scheier veut essayer à présent le tubage d'O'Dwyer.

Lewin présente un *trachéotome* qu'il emploie depuis 30 ans ; il consiste en une canule externe, qui supporte deux branches à ressorts entre lesquelles passe un couteau recourbé en forme de

poignard. On introduit en même temps les deux parties dans la trachée, puis on retire le couteau et on met une nouvelle canule.

Discussion.

SCHŒTZ croit que cet instrument ne doit pas être employé plus que d'autres semblables, parce que l'opérateur, après l'ouverture de la trachée, doit d'abord l'examiner avant d'y introduire la canule.

KRAKAUER craint les lésions et les débridements de la paroi antérieure.

LEWIN présente un malade atteint, depuis 1876, de spécificité, qui porte *à la base de la langue deux bourrelets longs parallèles et une tumeur du ligament thyro-aryténoïdien supérieur gauche*. En même temps destructions du voile, de l'épiglotte.

B. FRAENKEL considère, à la suite d'observations semblables, les tumeurs pour des scléroses.

P. HEYMANN présente une malade atteinte de *luxation du cartilage aryténoïde* gauche en haut et en dedans. Etiologie : probablement périchondrite diphthéritique.

B. FRAENKEL a vu le même état de choses amené par une périchondrite typhique.

KRAKAUER a en traitement un cas semblable qui doit être rapporté à une périchondrite spécifique.

SCHEINMANN montre un *corps étranger qui était depuis* 10 *ans dans la narine gauche*, et qui occasionnait une incubation du septum à droite. Le malade présentait le tableau typique des végétations adénoïdes.

SCHEIER montre une préparation de *luxation de la 5e vertèbre cervicale antérieure*. Par la compression entre celle-ci et la lame du cartilage cricoïde, il s'est formé sur la paroi antérieure du pharynx une ulcération décubitale profonde.

P. HEYMANN montre une préparation du *conduit naso-lacrymal* qui présente à son extrémité inférieure une dilatation en forme de sac. Si on avait essayé d'ouvrir l'antre d'Highmore par le méat nasal inférieur on serait certainement arrivé dans la bulle.

CHOLEWA présente des ciseaux pour le nez qui peuvent être assujettis à un manche de Schœtz et dirigés par le marteau. Pour les crêtes qui n'existent que d'un côté, il fait d'abord une incision et détache la muqueuse du cartilage de façon qu'elle ne puisse être lésée. Alors seulement il coupe la crête.

La discussion est ajournée.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement des douleurs d'oreilles, par B. Gomperz. (*Monats. für Ohrenh.*, p. 215; 1890.)

La douleur due à l'otite externe circonscrite peut être traitée : 1° par l'incision; 2° par l'acide borique; 3° par des bougies de gélatine additionnée de morphine, de cocaïne ou d'extrait d'opium. Il est bon que ces bougies soient assez grosses pour exercer une pression contre les parois. — Dans l'otite externe diffuse, on emploiera l'acide borique et les badigeonnages de cocaïne. La dilatation au moyen de l'éponge préparée et mieux encore au moyen de drains donne d'assez bons résultats. Dans le cas de mycoses du conduit auditif, l'alcool constitue un des meilleurs moyens.

Dans l'otite moyenne, Gomperz conseille les solutions tièdes de cocaïne de 5 à 10 0/00 injectées dans l'oreille et dans la trompe d'Eustache, les fomentations chaudes. La glycérine phéniquée peut être substituée à la cocaïne et possède une action à la fois calmante et antiseptique. La paracentèse du tympan calme souvent instantanément les douleurs; elle a l'avantage d'assurer l'évacuation du pus. — La trépanation de l'apophyse mastoïde doit être faite dès que l'inflammation y semble propagée.

Dans l'otite nerveuse, on recherchera et traitera avec soin les caries dentaires, les ulcérations de la bouche et du larynx (badigeonnages cocaïnés). Comme moyens internes, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine et ses succédanés : antifébrine et phénacétine, ont donné quelques succès. Les révulsifs, les applications chaudes derrière l'oreille et surtout l'électricité (pôle négatif) méritent d'être essayés. A.-F. PLICQUE.

Les « porte-son », par Rettig. (*Monats. für Ohrenh.*, mai-juin 1890.)

La forme la meilleure dans les appareils destinés à grossir le son est la forme paraboloïde. La concentration des vibrations au foyer non seulement augmente le son, mais de plus, comme cette augmentation est d'autant plus forte que les vibrations sont plus exactement parallèles à l'axe de la paraboloïde, cette forme

permet d'apprécier la direction. — La résonance propre de l'instrument, très gênante pour la clarté de l'audition, est fort atténuée en le partageant en petits segments mobiles les uns sur les autres, ce qui crée des nœuds de vibration artificiels. — Cette suppression de la résonance a autant d'importance pour l'audition que l'augmentation de l'intensité. A.-F. P.

Les tampons auriculaires, par L. Löwe. (*Monats. für Ohrenh.*, n°s 6, 7 et 8; 1890.)

Löwe distingue quatre variétés de tampons auriculaires :

1° Tampons de ouate simple. Ces tampons ne doivent servir que pour essuyer l'oreille dans le cas de sécrétions simplement vives.

2° Tampons désinfectants. Les tampons-bougies donnent de bons résultats dans le cas de sécrétions purulentes ou séro-purulentes. Ils doivent être petits, peu serrés et placés aussi loin que possible dans l'oreille.

3° Tampons formant tympans artificiels. Un morceau de ouate d'un quart à un demi-millimètre d'épaisseur, appliqué sur les perforations tympaniques, donne une amélioration de l'ouïe. Les deux conditions indispensables pour qu'il puisse être toléré sont : 1° suppression complète de toute sécrétion ; 2° aspect gris pâle de la muqueuse de la caisse vu à travers la perforation sans aucun reflet rougeâtre.

4° Tampons médicamenteux. Ces tampons sont appliqués humides après avoir été trempés dans diverses solutions. Ils peuvent parfois séjourner assez longtemps, mais en s'arrangeant pour qu'ils restent toujours humides. Ces tampons serviront surtout dans les quatre affections suivantes :

a. Dans l'aspergillose du conduit auditif, la guérison est obtenue en vingt-quatre heures par un tampon peu serré, occupant toute la longueur du conduit et trempé soit dans la solution de sublimé à 0^{gr},25 0/00, soit dans l'huile phéniquée à 3 0/00. Ces tampons sont laissés vingt-quatre heures. Par-dessus le tampon au sublimé, on place extérieurement un tampon huilé pour éviter la dessiccation.

b. Dans l'eczéma, le psoriasis du conduit auditif, les médicaments (pommades à la chrysarobine, emplâtre de litharge, etc.) peuvent être appliqués au moyen de tampons. Il est bon de choisir comme véhicule du principe actif un mélange d'huile d'olive et de lanoline qui assure une imbibition complète.

c. Dans les bouchons de cérumen, il est très utile, avant les irrigations, d'appliquer pendant vingt-quatre heures des tampons bien imbibés soit d'huile d'olive, soit d'une solution de carbonate de soude.

d. Les cholestéatomes peuvent être traités comme les bouchons cérumineux ordinaires par les tampons huilés et les irrigations. La quantité de lamelles épidermiques, de cristaux de cholestéatome qui sort par ce procédé est souvent prodigieuse. Au point d'implantation reste d'ordinaire une surface irrégulière et végétante répondant souvent à un point osseux carié. — Il est donc indispensable d'enlever le cholestéastome pour pouvoir assurer la désinfection du point malade. A.-F. PLICQUE.

Le collodion dans le traitement du relâchement tympanique, par KELLER. (*Monats. für Ohrenh.*, p. 1; 1890.)

Après avoir donné une douche d'air et fait bien incliner la tête sur le côté, Keller verse directement le collodion dans l'oreille au moyen du speculum oris. L'excès est de suite enlevé avec un tampon de ouate. Le malade reste quelque temps la tête inclinée latéralement. A la sensation de froid succède bientôt une sensation de chaleur. Il n'y a pas de douleur, mais parfois le malade éprouve une sensation de choc, surtout en se mouchant ou en éternuant.

Keller n'a jamais observé de déchirures du tympan par la rétraction du collodion. La tension très marquée exercée par cette rétraction n'en est pas moins réelle et peut très bien être démontrée par l'application de collodion sur la moitié d'un tympan provenant d'une préparation anatomique. Sur le vivant les mouvements du tympan deviennent plus limités. Les phénomènes pénibles qui accompagnent le relâchement (impression désagréable produite par les sons aigus, malaise) disparaissent rapidement.

Le collodion reste en général adhérent pendant trois à quatre semaines. La tension se maintient souvent après qu'il s'est détaché. Mais pour éviter les récidives, mieux vaut renouveler une ou plusieurs fois l'application. A.-F. P.

Greffes de pellicule d'œuf de poulet dans les perforations du tympan, par R. HAUG. (Analyse du *Monats. für Ohrenh.*, p. 247; 1890.)

La pellicule d'œuf de poulet est constituée par deux couches formées toutes deux de faisceaux entre-croisés. Ces faisceaux

sont plus compacts dans le côté qui regarde la coquille. Dans les greffes, c'est ce côté qui doit être appliqué sur le tympan. La pellicule se vascularise peu à peu, et dans les cas les plus favorables se transforme complètement en tissu conjonctif. La fusion entre la pellicule et le tympan est alors absolue.

A. PLICQUE.

Bourdonnement perceptible à distance, par WAGNER. (*Allgemeine med. central Zeitung*, n° 36; 1890.)

Le malade, âgé de 27 ans, éprouvait depuis un an et demi un bruit de claquement désagréable dans l'oreille gauche. A une distance de vingt centimètres, le médecin entendait très nettement ce bruit à intervalles de cinq secondes. — La fréquence augmentait dans les mouvements de déglutition. Wagner attribue ce phénomène singulier à une raréfaction de l'air produite par la contraction des muscles du pharynx dans la caisse du tympan. Lorsque cette raréfaction atteignait un certain degré, l'air rentrait brusquement, écartant les lèvres musculaires qui, se rapprochant, produisent le claquement. A.-F. P.

Use of pyoktanin in ear diseases (Emploi de la pyoctanine dans les maladies de l'oreille), par R. BARCLAY. (*New York medical Record*, 23 août 1890.)

Barclay a essayé une couleur d'aniline, la pyoctanine, comme antiseptique dans deux cas d'otite purulente. Il se sert de la solution à un pour mille, qu'il laisse séjourner dans l'oreille pendant environ dix minutes. Cette solution ne détermine aucune réaction inflammatoire. Une seule injection aurait suffi dans les deux cas à amener la suppression de l'écoulement.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von mangelhafter Bildung beider gehörorgane. (Un cas de développement incomplet des deux oreilles), par TH. HEIMAN (de Varsovie). (*Zeitschrift für Ohrenheilk*, Band XXI.)

L'anomalie suivante a été observée chez un enfant de deux jours : Le pavillon de l'oreille très incomplet se continuait avec la peau du visage sans ligne de démarcation nette ; l'orifice du conduit auditif se trouvait à peine indiqué par une petite dépression ; l'enfant manquait de plus de voile du palais et de la plus grande partie du palais osseux ; l'os malaire et l'apophyse zygomatique n'étaient pas en contact. L'arrêt de développement

a dû se produire vers la fin du 2e mois de la grossesse et le commencement du 3e; l'oreille interne était probablement aussi rudimentaire. M. W.

De la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Th. Heiman, médecin auriste à l'hôpital militaire Wjasdoff (Ouïasdoff) de Varsovie. (*Einiges zur Warzenfortsatz-Eroffnung* in *Zeit. für Ohrenheilkunde*, Band XXI.)

L'auteur ajoute aux indications classiques de la trépanation mastoïdienne les deux suivantes : 1° il y a otite moyenne aiguë, sans mastoïdite, sans rétention des sécrétions, mais avec écoulement abondant et élévation de la température ; 2° il y a des accidents cérébraux ou méningitiques. L'ouverture de l'apophyse sera faite de bonne heure et non *in extremis* comme c'était la règle il y a peu de temps encore; cependant, il n'est souvent pas trop tard même après l'apparition d'accidents septicémiques.

Obs. I. — Cosaque atteint d'otite moyenne aiguë consécutive à une pneumonie ; suppuration abondante, fièvre vive ; apophyse normale. Lavages par le conduit auditif et la trompe d'Eustache suivis d'une amélioration rapide. Cependant, 10 jours après, l'otite revient avec de la fièvre et deux jours après des accidents cérébraux enlevèrent le malade. Autopsie : thrombose du sinus latéral, infarctus du poumon et de la rate ; l'oreille moyenne et les cellules mastoïdiennes remplies de pus; l'apophyse avait paru indemne jusqu'au bout.

Obs. II. — Artilleur soigneusement traité durant quinze jours pour une otite aiguë; état général bon, la suppuration continue très abondante, l'apophyse reste normale. Subitement survient un frisson, la température monte à 41°,2. Trépanation de l'antre, guérison complète; la suppuration était tarie au bout de deux jours.

Obs. III. — Dragon, âgé de 25 ans, présentant une otite ne aiguë gauche, céphalalgie violente, température 39°- quelques jours plus tard, symptômes méningitiques, con- s des extrémités, raideur de la nuque, coma. Le glace, gsues, un vésicatoire, l'incision de Wilde, n'eurent aucun . Dans ces conditions, la trépanation de l'apophyse fut ise sans le moindre espoir de sauver le malade; l'apo- était scléreuse, à deux centimètres de profondeur on ne pas l'antre et il ne s'écoula point de pus. Néanmoins,

après cette intervention qui ne peut être considérée que comme une saignée, les accidents s'amendèrent rapidement et le malade était levé au bout de huit jours ; la plaie se combla en neuf semaines, mais il persista un écoulement de l'oreille. M. W.

Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire. Cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec insufflation, par le Dr Bayer. (*Extrait de la Presse médicale belge*, 1890.)

Un homme de 33 ans, nerveux et fantasque, était atteint de rhinite chronique atrophique et de catarrhe chronique rétro-nasal. Étant à cheval, il avait éprouvé un « dérangement » dans l'oreille et avait dû descendre tout à coup dans un état de perte complète de connaissance. Il gémissait fréquemment en portant la main vers l'oreille gauche et était en proie au délire. Le tympan paraissait très sombre, mais M. Bayer ne put pas affirmer l'absence d'épanchement de la caisse. Il procéda au cathétérisme tubaire avec insufflation d'air, et aussitôt le malade ouvrit les yeux et revint à lui. Il raconta alors qu'en « faisant une promenade avec d'autres cavaliers, il avait été tout à coup jeté en l'air et, retombé sur la salle, il avait senti quelque chose se déranger dans son oreille ». Cet état avait duré trente heures. Pendant quatre semaines encore, il se plaignit d'irritabilité nerveuse, de troubles intellectuels, mais il finit par se remettre complètement.

Explication : L'accident provocateur (percussion du corps) avait retenti sur la colonne vertébrale et provoqué par contre-coup un traumatisme cérébral ou une lésion de l'oreille. L'air raréfié de la caisse à la suite des catarrhes rétro-nasal et tubaire avait produit, au moment du choc, un déplacement brusque du tympan en dedans et accompagné de bruit. Ce sujet névropathe se crut gravement atteint et perdit connaissance instantanément par auto-suggestion. Quant à la durée un peu prolongée des troubles intellectuels, il faut aussi l'attribuer à l'émotion.

O. LAURENT.

Traitement de la tuberculose du larynx, par le Prof. Capart (Bruxelles). (*La Presse méd. belge*, 14 décembre 1890.)

Comme traitement local, et alors qu'il n'y a que de légères érosions avec gonflement ou état tomenteux des cordes vocales et peu d'œdème, les pulvérisations et les inhalations antiseptiques suffisent amplement. Pour les inhalations, on se servira

du baume de Pérou seul (1 à 2 cuillerées à café d'une solution alcoolique à 10 0/0 dans un demi-litre d'eau chaude) ou associé parfois (en cas de douleur et de sécrétion abondante) au menthol dans les mêmes proportions. Quant aux pulvérisations, elles sont à base d'acide phénique, souvent associé au tannin d'après la formule suivante :

Tannin pur..........	3 grammes.
Ac. phén. crist.......	0gr,75 à 1gr,50.
Eau distillée.........	300 grammes.
Glycérine	10 —

Existe-t-il des ulcérations plus profondes, ce traitement doit être aidé par des agents modificateurs plus puissants, tels que l'acide lactique. Cependant la *pyoktanine* bleue lui a donné les résultats les plus constants. On chauffe assez fortement une sonde laryngée à la flamme d'une lampe à alcool ; on la plonge dans la pyoktanine en poudre, et, après refroidissement, on l'applique sur la région malade. Les parties se couvrent d'une couche bleu violacé foncé très adhérente, et la douleur est à peine sensible. En général, les malades accusent dès le lendemain une notable amélioration.

L'*électrolyse* est très utile pour faire disparaître les œdèmes durs qui persistent même après la guérison des ulcérations. M. Capart a fait confectionner, à cet effet, différents électrodes doubles dont les extrémités, distantes seulement de quelques millimètres, se terminent par des aiguilles de platine dur. La trachéotomie est inefficace.

A la période ultime, les palliatifs seuls (glace *intus* et *extra*, cocaïne, morphine) sont indiqués. O. LAURENT.

Traitement de la tuberculose du larynx, par le Dr Goris (Bruxelles). (*La Presse médicale belge,* n° 51; 1890.)

M. Goris croit que « si, dans beaucoup de cas traités au début, la laryngite n'évolue pas vers la tuberculisation, mais bien vers la guérison, la terminaison heureuse n'est pas due à la vertu prophylactique de la thérapeutique, mais à la bénignité de l'affection qui, comme le dit Gottstein, ou bien guérit spontanément, ou bien guérit artificiellement, et demeure jusqu'à la mort sans changer ».

Il ne pense pas que beaucoup d'autres aient songé à la disposition anatomique signalée par Frey (existence d'une mince

couche de cellules à cils vibratiles à partir des cordes vocales supérieures et de la base de l'épiglotte); il est de la plus haute importance de ne pas érailler cet épithélium délicat et d'ouvrir une voie à l'infection microbienne. Aussi faut-il se borner aux insufflations de poudres astringentes (acétate de plomb, iodoforme, acide tannique) combinées aux inhalations de benzoate de soude, et quelquefois à la faradisation. O. LAURENT.

Du développement des ulcérations tuberculeuses du larynx et du rôle des bacilles tuberculeux dans ce processus, par A. P. KORKUNOFF. (*Deutsche Archiv für Klinische medicin, Bd* XLV, Heft 1-2, p. 43 ; 1889.)

Korkunoff a examiné après durcissement avec quatre préparations en couleur sur des coupes colorées par le procédé de Koch-Ehrlich 14 larynx provenant de sujets morts de tuberculose pulmonaire, péritonéale ou généralisée; 12 fois le larynx présenta des lésions spécifiques; 2 fois il était sain. Dans ces 12 cas, en opposition avec les résultats de Lösch, il trouva des bacilles, mais dans certains cas en examinant de nombreuses coupes. Il n'y a aucun rapport entre le nombre des bacilles et le degré de la lésion laryngée. Les bacilles existaient rarement sous une couche épithéliale saine et les tubercules étaient parfois séparés de l'épithélium par une couche normale ne contenant, ainsi d'ailleurs que l'épithélium, aucun bacille.

Remarquons que ces données histologiques ne peuvent rien prouver contre l'hypothèse de l'envahissement du larynx par la voie épithéliale. N'est-il pas démontré (Tchistowitch) que les bacilles de Koch peuvent traverser l'épithélium de la muqueuse intestinale et provoquer le développement de tubercules sous-épithéliaux sans altérer en rien l'épithélium.

Cette remarque faite, continuons l'exposé des recherches de l'auteur. Les tubercules, en s'accroissant, atteignent et envahissent l'épithélium. Dans les intervalles lymphatiques qu'on observe normalement dans l'épithélium, et qui sont, en pareil cas, dilatés, on trouve des leucocytes et des bacilles, venant, d'après Korkunoff, du tubercule sous-jacent. A la périphérie, on rencontre des cellules de Karsjo-Kineri.

L'épithélium lésé se désagrège et disparaît. Alors est constituée une ulcération dans les régions recouvertes d'épithélium pavimenteux. L'épithélium cylindrique disparaît avant d'être envahi par les bacilles.

De ces données, l'auteur tire la conclusion, que nous ne saurions admettre avec un caractère exclusif, si nous nous reportons aux nombreux examens de larynx tuberculeux que nous avons pratiqués et, d'autre part, aux recherches de Tchistowitch (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. III), que la tuberculose laryngée se développe presque toujours par la voie sanguine ou lymphatique et non par suite de la contagion par les crachats.

Dans un cas où un crachat bacillifère adhérait encore à la muqueuse, l'épithélium ne contenait aucun bacille.

Aussi Korkunoff admet-il que l'on peut songer à une infection par les crachats seulement dans des cas exceptionnels.

La preuve tirée de la non-existence de bacilles dans l'épithélium, alors qu'un crachat bacillifère adhérait encore à la muqueuse, n'a pas la valeur décisive que lui attribue l'auteur, les bacilles pénétrant dans les fentes qui séparent normalement les cellules épithéliales étant rapidement entraînés par les leucocytes vers des couches plus profondes.

Aussi, tout en reconnaissant l'importance des recherches de Korkunoff, qui sont entièrement conformes aux résultats que nous avons consignés dans le traité de la phthisie laryngée que nous avons publié avec M. Gouguenheim, ne pouvons-nous admettre *entièrement* l'interprétation qu'il se croit autorisé à en tirer.

P. TISSIER.

Aphonie spasmodique, par G. JONQUIÈRE. (*Monats. für Ohrenh.*, juin 1890.)

Dans trois cas d'aphonie spasmodique, Jonquière obtint non seulement une amélioration momentanée, mais une guérison permanente par la compression des ovaires. — Cette compression était faite aussi fortement que possible en appuyant sur le ventre et maintenue pendant 25 à 30 minutes. Elle a réussi alors même que l'affection datait de plusieurs mois. Les récidives ont été rares et ont cédé à une nouvelle séance de compression. J... ne pense pas que la compression agisse par simple suggestion. Il a essayé de presser d'autres régions du ventre ou de la poitrine sans obtenir aucun résultat. Il a essayé la suggestion, soit à l'état de veille, soit pendant le sommeil hypnotique, sans succès. De plus, les malades pouvaient, en se comprimant elles-mêmes les ovaires, se débarrasser de leur mutité. Il y aurait là, si on n'admet point l'action locale et directe de la compression, un fait d'auto-suggestion bien rare et bien complexe. A.-F. P.

Corps étrangers du larynx chez l'enfant, par Schæffer. (*Monats. für Ohrenheilkunde*, juin 1890.)

L'extraction des corps étrangers du larynx a été rarement pratiquée par les voies naturelles chez les jeunes enfants. Jurasz a pu cependant enlever un os de poulet chez un enfant de 22 mois. Schæffer a tenté également cette extraction chez un enfant de quatre ans et demi — si chétif qu'il en paraissait à peine deux et demi — qui avait avalé un os. Les tentatives, après insensibilisation par la cocaïne, échouèrent à cause des mouvements. Mais en enveloppant l'enfant dans une couverture, on put lui donner du chloroforme tout en le tenant en position favorable. L'extraction fut laborieuse, car l'os s'était enclavé dans l'espace aryténoïdien et une aspérité pénétrait dans le ventricule de Morgagni droit. Elle réussit cependant à la troisième tentative. Il est à noter qu'étant donné cette situation de l'os la trachéotomie n'aurait pas amené l'issue du corps étranger, et que l'extraction par la plaie trachéale eût été fort difficile. Les suites furent très simples; la voix était redevenue tout à fait claire en quelques jours. A.-F. P.

Examen par transparence du larynx et de l'antre d'Highmore, par W. Freudenthal. (*N. Y. med. Record,* 17 mai 1890.)

Freudenthal a repris les recherches de Voltolini sur l'examen du larynx par transparence. La lampe électrique est appliquée sur le cou soit contre la pomme d'Adam, soit contre le cartilage cricoïde; le laryngoscope chauffé est introduit dans le pharynx qu'on n'éclaire pas directement. On aperçoit aussitôt l'image très nette du larynx. Cette image diffère de l'image laryngoscopique ordinaire par sa coloration rougeâtre. De plus, les points qui se présentent d'ordinaire en saillie (végétation, gonflement, etc.) apparaissent sous forme de taches obscures. Mais les limites de l'obscurcissement permettent admirablement d'apprécier leurs contours et leurs rapports. La méthode permet aussi, et ce seul avantage suffirait à la recommander, de distinguer une tumeur solide d'une tumeur kystique. Quand la lampe est appliquée contre le cartilage cricoïde, la trachée, jusqu'à son point de bifurcation, se montre avec une netteté plus grande que dans l'examen ordinaire.

Pour l'éclairage de l'antre d'Highmore et du nez, la petite lampe est placée dans la bouche. Le speculum nasi est introduit. Le passage de la lumière dépend tant de la liberté des fosses

nasales que de celle du sinus. Les polypes du nez, les abcès ou tumeur du sinus empêchent l'éclairage. L'hypertrophie des cornets ne suffit pas à l'empêcher, et cette lésion se montre très nettement dans tous ses détails par ce mode d'examen. C'est surtout pour le diagnostic certain de l'abcès du sinus que le procédé est précieux. Au point de vue technique, l'examen du sinus ne peut se faire que dans une chambre tout à fait obscure ; cette condition n'est point nécessaire pour l'examen du larynx. Il faut, bien entendu, avoir soin de regarder si le malade n'a pas de pièce de prothèse dentaire. L'oubli de cette petite précaution donne lieu à des erreurs amusantes, le passage de la lumière étant supprimé des deux côtés. A.-F. PLICQUE.

Paralysie complète bilatérale des muscles abducteurs du larynx, par G. W. Mayor. (*New York med. Journ.*, 28 juin 1890.)

La paralysie des muscles abducteurs avait succédé à une méningite cérébro-spinale. On dut faire la trachéotomie. Le malade, un jeune homme de 17 ans, fut maintenu en observation pendant sept ans. Il mourut par déplacement de la canule pendant son sommeil. A.-F. P.

Lupus du larynx, par Walther Smith. (*N. York med. Record*, 9 août 1890.)

Le malade avait subi autrefois la rhinoplastie pour une destruction du nez produite par un lupus étendu de la face. Il succomba quatorze ans après à des accidents de tuberculose pulmonaire. Le larynx, examiné par Smith, offrait des altérations profondes. Les bords libres de l'épiglotte avaient presque disparu ; elle était gonflée et de forme triangulaire. Les cordes vocales n'offraient pas d'ulcération, mais il existait des fongosités entre les aryténoïdes. Les poumons étaient tuberculeux ; le foie, la rate, les intestins, les reins étaient en dégénérescence amyloïde. Ce fait offre donc un exemple de tuberculose généralisée consécutive au lupus de la peau. A.-F. P.

Deux cas d'affections malignes du pharynx et du larynx, par Morrison Ray. (*Medic. Record*, 6 septembre 1890.)

1er cas. Épithélioma de l'intérieur du larynx chez un homme de 36 ans. Cette observation fut remarquable par la marche rapide des lésions. Dès le deuxième mois, il y eut une dyspnée telle que la trachéotomie fut nécessaire. Le malade, déjà très épuisé, mourut le sixième jour après l'opération.

2e cas. Carcinome encéphaloïde du pharynx chez un homme de 59 ans. Mort de cachexie cancéreuse au bout de six mois. Ce malade avait eu antérieurement la syphilis, mais un traitement spécifique interne resta sans résultat. A.-F. PLICQUE.

Deux cas de rétrécissement du larynx. — I. Trachéotomie. — II. Dilatation, guérison, par E. MAYER. (*Medical Record*, 27 septembre 1890.)

1er cas. Trachéotomie sous le chloroforme. Une syncope força à achever brusquement l'ouverture de la trachée.

2e cas. Rétrécissement du larynx causé par une bandelette en forme de croissant placée entre les deux cordes vocales. Un tube de Schrötter fut introduit après anesthésie par la cocaïne plutôt comme moyen de diagnostic que comme mode de traitement. Son introduction fut si bien tolérée qu'on put effectuer toute la dilatation sans pratiquer la trachéotomie. Le tube ne fut jamais laissé en place plus d'une ou deux minutes. A.-F. P.

L'intubation du larynx dans les rétrécissements syphilitiques aigus et chroniques, par G. M. LEFFERTS. (*Medical Record*, 4 octobre 1890.)

Lefferts rapporte une série d'observations de rétrécissements syphilitiques aigus ou chroniques traités par l'intubation du larynx. Parmi les observations de rétrécissements aigus, la sténose était due tantôt à des condylomes, tantôt à une laryngite sous-glottique avec gomme, tantôt à une périchondrite avec ankylose des aryténoïdes. Les sténoses chroniques étaient dues à des ulcérations, des œdèmes prolongés, des cicatrices. Il y avait dans un cas réunion cicatricielle des deux cordes vocales et paralysie des abducteurs. Les causes de dyspnée étaient donc très variées. L'intubation fut dans presque tous les cas facile; les tubes même un peu volumineux furent bien tolérés. On doit cependant s'attendre, par suite de la distance plus grande de l'orifice supérieur du larynx et par suite des brides cicatricielles dans les formes chroniques, à des difficultés un peu plus grandes que dans l'intubation chez l'enfant. Dans le premier temps de l'introduction du tube l'emploi du laryngoscope peut guider beaucoup. Le traitement par l'intubation est naturellement toujours combiné avec un traitement spécifique aussi énergique que possible. A.-F. PLICQUE.

nasales qu
ou tumeu
cornets r
netteme
surtou
procé

Rhinoscopie postérieure, la tête renversée, par C. Dorn. (*Monats. für Ohrenheilkunde*, p. 285; 1889.)

Dorn pratique la rhinoscopie postérieure sur le sujet placé la tête en bas. Cette position n'empêche pas la plupart du temps le malade de maintenir lui-même sa langue, et il est rarement nécessaire de remplacer l'abaisse-langue par un bâillon spécial. Les avantages de ce procédé sont : 1° mise en lumière parfaite des contours du voile du palais même au niveau des amygdales, point d'ordinaire mal éclairé; 2° grande facilité pour le maniement des instruments : éponges montées, pinces, cautères, etc., ce maniement se faisant dans le même sens que pour les opérations laryngées; 3° direction plus facile de l'éclairage au cours de l'opération, les rayons arrivant comme pour le larynx de haut en bas; 4° écoulement assuré du sang et des mucosités sans troubles respiratoires. Dorn recommande surtout sa méthode chez l'adulte avec ou sans anesthésie. Elle pourrait cependant, croit-il, réussir même chez l'enfant, en particulier pour l'ablation des végétations adénoïdes. A.-F. P.

Traitement de l'ozène, par Meyjes. (*Monats. für Ohrenh.*, juin 1890.)

Meyjes commence par tamponner tour à tour chaque fosse
sale avec un tampon de ouate. Il ne retire ce tampon qu'après
gt à trente minutes; les croûtes se détachent de cette façon
s facilement. Celles qui peuvent rester sont enlevées avec de
its tampons de ouate. La muqueuse est ainsi parfaitement
toyée. Il injecte ensuite dix à douze gouttes d'une solution de
rate d'argent à 2 0/0. On doit éviter de mouiller les parties
érieures du nez, ce qui produit du mal de tête et du lar-
iement. Le degré de la solution est peu à peu augmenté;
général, on l'emploie à 15 0/0 au bout de quatre jours; à
0/0 au bout de huit jours. Dès la troisième semaine, les
ections n'ont plus lieu que tous les deux jours, puis, dans la
atrième semaine, tous les trois jours. On continue ainsi jus-
à ce que les croûtes cessent de se reproduire. Sur 30 cas,
yjes a toujours obtenu une guérison beaucoup plus rapide
par tous les autres traitements. A.-F. P.

ite longitudinale postérieure des cornets supérieur et moyen, par G. Killian. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, ., 236; 1890.)

En pratiquant des examens de rhinoscopie postérieure, Killian

a parfois constaté que le cornet supérieur et le cornet moyen offraient une division longitudinale qui se prolongeait plus ou moins loin en avant. Cette division est bien plus fréquente sur le cornet supérieur que sur le cornet moyen. Elle est importante à connaître pour ne point confondre avec une lésion pathologique une simple anomalie. Le développement de l'ethmoïde rend d'ailleurs bien compte du mode de production de cette anomalie. Sa face interne offre, en effet, chez le nouveau-né, trois sillons, mais l'un de ces sillons disparaît au cours du développement. Sa persistance peut donc facilement entraîner la bifurcation des cornets formés aux dépens de cet os. A.-F. P.

Inflammation oculaire dépendant d'une rhinite chronique, par Adolph Blitz. (*The Journal of the Amer. med. Association,* 10 mai 1890.)

Chez une malade présentant des douleurs et des picotements dans les yeux, de la photophobie, du larmoiement, de la congestion des conjonctives. Blitz obtint une guérison complète par la simple cautérisation de la muqueuse nasale hypertrophiée au niveau des cornets. A.-F. PLICQUE.

Intubation nasale, par Goodwillie. (*New York med. Journal,* 17 mars 1890.)

L'intubation nasale consiste à placer dans le nez un tube assurant à la fois le passage de l'air et exerçant une certaine compression sur les tissus voisins. La meilleure matière pour former ces tubes est le caoutchouc. Leur emploi est très bien supporté par le malade et leur forme spéciale leur permet de se loger complètement dans le nez sans fausse saillie au dehors. Des lavages antiseptiques répétés sont faits au cours du traitement. Les principales affections où l'intubation a été employée avec succès sont : 1° Les hypertrophies de la muqueuse nasale (l'intubation doit être continuée longtemps) ; 2° les déviations de la cloison ; 3° les épistaxis ; 4° les fractures du nez. Après l'ablation chirurgicale des hypertrophies des cornets, des déviations de la cloison, des polypes, le tube est également fort utile. A.-F. P.

Chorées réflexes d'origine nasale, par Jacobi. (*N. York med. Record,* 17 mai 1890.)

Chez beaucoup d'enfants choréiques, on trouve du gonflement de la muqueuse nasale, avec catarrhe nasal, parfois de l'ozène,

Rhinoscopie postérieure, la tête renversée, par C. Dorn. (*Monats. für Ohrenheilkunde*, p. 285; 1889.)

Dorn pratique la rhinoscopie postérieure sur le sujet placé la tête en bas. Cette position n'empêche pas la plupart du temps le malade de maintenir lui-même sa langue, et il est rarement nécessaire de remplacer l'abaisse-langue par un bâillon spécial. Les avantages de ce procédé sont : 1° mise en lumière parfaite des contours du voile du palais même au niveau des amygdales, point d'ordinaire mal éclairé; 2° grande facilité pour le maniement des instruments : éponges montées, pinces, cautères, etc., ce maniement se faisant dans le même sens que pour les opérations laryngées; 3° direction plus facile de l'éclairage au cours de l'opération, les rayons arrivant comme pour le larynx de haut en bas; 4° écoulement assuré du sang et des mucosités sans troubles respiratoires. Dorn recommande surtout sa méthode chez l'adulte avec ou sans anesthésie. Elle pourrait cependant, croit-il, réussir même chez l'enfant, en particulier pour l'ablation des végétations adénoïdes. A.-F. P.

Traitement de l'ozène, par Meyjes. (*Monats. für Ohrenh.*, juin 1890.)

Meyjes commence par tamponner tour à tour chaque fosse nasale avec un tampon de ouate. Il ne retire ce tampon qu'après vingt à trente minutes; les croûtes se détachent de cette façon très facilement. Celles qui peuvent rester sont enlevées avec de petits tampons de ouate. La muqueuse est ainsi parfaitement nettoyée. Il injecte ensuite dix à douze gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. On doit éviter de mouiller les parties antérieures du nez, ce qui produit du mal de tête et du larmoiement. Le degré de la solution est peu à peu augmenté; en général, on l'emploie à 15 0/0 au bout de quatre jours; à 25 0/0 au bout de huit jours. Dès la troisième semaine, les injections n'ont plus lieu que tous les deux jours, puis, dans la quatrième semaine, tous les trois jours. On continue ainsi jusqu'à ce que les croûtes cessent de se reproduire. Sur 30 cas, Meyjes a toujours obtenu une guérison beaucoup plus rapide que par tous les autres traitements. A.-F. P.

Fente longitudinale postérieure des cornets supérieur et moyen, par G. Killian. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 236; 1890.)

En pratiquant des examens de rhinoscopie postérieure, Killian

a parfois constaté que le cornet supérieur et le cornet moyen offraient une division longitudinale qui se prolongeait plus ou moins loin en avant. Cette division est bien plus fréquente sur le cornet supérieur que sur le cornet moyen. Elle est importante à connaître pour ne point confondre avec une lésion pathologique une simple anomalie. Le développement de l'ethmoïde rend d'ailleurs bien compte du mode de production de cette anomalie. Sa face interne offre, en effet, chez le nouveau-né, trois sillons, mais l'un de ces sillons disparaît au cours du développement. Sa persistance peut donc facilement entraîner la bifurcation des cornets formés aux dépens de cet os. A.-F. P.

Inflammation oculaire dépendant d'une rhinite chronique, par Adolph Blitz. (*The Journal of the Amer. med. Association*, 10 mai 1890.)

Chez une malade présentant des douleurs et des picotements dans les yeux, de la photophobie, du larmoiement, de la congestion des conjonctives. Blitz obtint une guérison complète par la simple cautérisation de la muqueuse nasale hypertrophiée au niveau des cornets. A.-F. PLICQUE.

Intubation nasale, par Goodwillie. (*New York med. Journal*, 17 mars 1890.)

L'intubation nasale consiste à placer dans le nez un tube assurant à la fois le passage de l'air et exerçant une certaine compression sur les tissus voisins. La meilleure matière pour former ces tubes est le caoutchouc. Leur emploi est très bien supporté par le malade et leur forme spéciale leur permet de se loger complètement dans le nez sans fausse saillie au dehors. Des lavages antiseptiques répétés sont faits au cours du traitement. Les principales affections où l'intubation a été employée avec succès sont : 1° Les hypertrophies de la muqueuse nasale (l'intubation doit être continuée longtemps) ; 2° les déviations de la cloison ; 3° les épistaxis ; 4° les fractures du nez. Après l'ablation chirurgicale des hypertrophies des cornets, des déviations de la cloison, des polypes, le tube est également fort utile. A.-F. P.

Chorées réflexes d'origine nasale, par Jacobi. (*N. York med. Record*, 17 mai 1890.)

Chez beaucoup d'enfants choréiques, on trouve du gonflement de la muqueuse nasale, avec catarrhe nasal, parfois de l'ozène,

souvent une déviation de la cloison. Le catarrhe du pharynx et le gonflement des amygdales sont également fréquents. L'adénite cervicale est aussi commune. Toutes ces lésions et la chorée qui en résulte offrent ce caractère de s'améliorer pendant la belle saison. De plus, les mouvements convulsifs dans cette forme de chorée n'augmentent pas à l'occasion des tentatives de mouvements volontaires. Ils débutent d'ordinaire par la face; le caractère de l'enfant est plutôt apathique que nerveux et irascible. Un traitement local ordinairement simple (lavages astringents, galvanocautère, amygdalotome) assure une prompte guérison.

A.-F. PLICQUE.

Diphtéries nasales de diagnostic difficile dans l'enfance, par EMMET HOLT. (*New York med. Journal*, 31 mai 1890.)

E. Holt rapporte deux faits de diphtéries nasales de diagnostic difficile. Dans le premier, l'écoulement profus du nez précéda de quinze jours la plaque de l'amygdale; la fausse membrane nasale ne fut visible qu'au vingtième jour. Dans le second, l'écoulement se prolongea pendant vingt-neuf jours sans autres symptômes de diphtérie. A cette époque apparurent de l'œdème des extrémités supérieures et inférieures. La mort survint le trentième jour dans le collapsus sans qu'aucune membrane eut jamais été visible. En outre d'une néphrite interne, l'autopsie montra un paquet de membranes dans le nasopharynx. Dans aucun de ces cas, il n'y avait eu d'adénopathie ganglionnaire. Le signe le plus caractéristique serait peut-être les petites hémorrhagies accompagnant l'écoulement. L'absence d'envahissement des fosses nasales antérieures fut aussi très remarquable; mais peut-être fut-il moins l'effet naturel de l'évolution de la maladie que dû au pansement antiseptique fait très soigneusement pendant toute sa durée avec des tampons d'iodoforme.

A.-F. PLICQUE.

Corps étranger ayant séjourné dans le nez pendant 24 ans, par G. W. MAYOR. (*New York med. Journal,* 28 juin 1890.)

Mayor, après avoir fait l'extraction d'un rhinolithe, trouva au centre les fragments d'une perle que la malade se rappelait avoir été introduite dans le nez vingt-quatre ans auparavant. Le séjour prolongé de ce corps étranger n'avait déterminé ni odeur ni irritation.

A.-F. P.

Neurasthénies développées à la suite de traumatismes des fosses nasales, par Franklin Chappell. Discussion. (*N. York med. Journal*, 28 juin 1890.)

Chappell rapporte plusieurs observations ou des troubles nerveux — très marqués et très tenaces dans plusieurs cas — succédèrent à des interventions chirurgicales pour déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, polypes, etc. Ces symptômes étaient très variés : impossibilité d'occupations suivies, douleurs dans la région occipitale et la colonne vertébrale, aphasies, attaques cataleptiques, névralgies, insomnies, etc., etc. Les opérations nasales sont donc loin d'être toujours inoffensives. Chez les sujets nerveux, il ne faut les pratiquer que dans le cas d'indications supérieures et quand le malade les réclame absolument.

Smith, dans la discussion qui suit, se range à l'opinion de Chappell. Deux éléments peuvent expliquer ces troubles : 1° l'irritation spéciale produite par le traumatisme par suite de la richesse nerveuse de la muqueuse des fosses nasales; 2° les modifications vasomotrices qui succèdent à l'ablation de la portion hypertrophiée, modifications rendues plus importantes que partout ailleurs par le voisinage du cerveau.

Thomson, d'après sa propre expérience, arriverait plutôt à des conclusions inverses de celles de Chappel. Il a vu des neurasthénies guéries par des opérations nasales. La nécessité de bien étudier avant l'opération la constitution générale du sujet n'en subsiste pas moins. A.-F. P.

« Tic douloureux » resulting from an exostosis on the septum narium (Tic douloureux produit par une exostose de la cloison), par Gillian. (*New York med. Journ.*, 9 août 1890.)

Le malade observé par Gillian avait des accès douloureux d'une fréquence et d'une intensité extrême. La résection des nerfs sus et sous-orbitaire n'avait donné qu'une amélioration temporaire. En examinant le nez, on constata une hypertrophie du cornet inférieur gauche et une exostose siégeant sur la cloison à l'union du vomer et du cartilage triangulaire oblitérant toute la partie inférieure de la fosse nasale. L'ablation de cette exostose fut suivie d'une disparition complète de la névralgie. La guérison ne s'est pas démentie au bout de dix mois. L'hypertrophie du cornet fut traitée après l'ablation de l'exostose par des cautérisations à l'acide chromique qui amenèrent une grande amélioration. A.-F. Plicque.

Cautérisation du cornet moyen suivie de méningite mortelle, par F. Quinlan. (*Medical Record,* 13 septembre 1890.)

Une jeune fille de 18 ans, après avoir supporté sans incidents diverses opérations (ablation d'un enchondrome et d'une exostose de la cloison) et cautérisations, fut prise d'accidents méningitiques le lendemain d'une nouvelle cautérisation légère du cornet moyen au galvanocautère. Mort en quelques jours.

A.-F. PLICQUE.

Tuberculose des fosses nasales, par le Dr Capart. (*Ext. du Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, année 1890.)

Schaeffer (de Brême) a publié, il y a quelques années, la première monographie vraiment scientifique sur cette question. La tuberculose des fosses nasales (le lupus étant mis à part) revêt deux formes distinctes : la forme *ulcéreuse*, toujours secondaire, et la forme *bourgeonnante*, *polypoïde,* présentant l'aspect d'une véritable tumeur tuberculeuse.

M. Capart n'a observé la forme ulcéreuse que chez trois malades ; elle est très douloureuse et résiste aux différents moyens employés pour la combattre. Elle provient de ce que les malades se mouchent la plupart du temps dans des mouchoirs qu'ils ont souillés de leurs expectorations.

La forme bourgeonnante se rencontre sous l'aspect de tumeurs tantôt sessiles, d'autres fois pédiculées, plus ou moins volumineuses, s'étendant sur une surface plus ou moins grande. Son siège presque exclusif est la cloison, et surtout son extrémité antérieure.

Au début, la tuberculose nasale est unilatérale ; plus tard, elle pénètre des couches superficielles dans la profondeur de la cloison et vient faire saillie de l'autre côté, sans produire de véritables pertes de substances.

M. Capart décrit deux cas intéressants. Le premier se rapporte à une dame dont la partie antérieure de la fosse nasale droite était obstruée par une tumeur. Celle-ci avait été prise (en 1884) pour un sarcome globo-cellulaire. Après incision en T et mise à découvert des fosses nasales, le néoplasme fut raclé et cautérisé. La guérison se maintient. M. Capart croit aujourd'hui qu'il s'agissait d'une tuberculose. Le second cas est relatif à une femme de 53 ans, qui portait sur la face gauche de la cloison une tumeur, diagnostiquée sarcome globo-cellulaire. L'ablation fut suivie d'une guérison temporaire. Au bout de

quelque temps survint une tuberculose miliaire aiguë des poumons. Un nouvel examen de la tumeur y démontra la présence de bacilles.

M. Capart a observé 12 cas en 7 ans. Tous les malades étaient des adultes âgés de 21 à 55 ans; 7 appartenaient au sexe masculin et 5 au sexe féminin. Chez aucun il n'existait de disposition héréditaire bien marquée à la tuberculose. Il y a plus : chez aucun de ceux qui ont été interrogés avec soin, il n'existait de cause productrice directe.

On évitera de confondre la tuberculose avec les polypes muqueux (qui s'implantent exceptionnellement sur la cloison), avec la syphilis (qui ne détermine pas de tumeur proprement dite), avec le lupus (qui s'accompagne toujours de lupus érythémateux ou ulcéreux de la face), avec l'eczéma impétigineux des narines (qui se rencontre de préférence chez les enfants chétifs et délicats). Quand il y a doute, l'examen bactériologique tranchera la difficulté.

La tuberculose est rebelle et sujette à récidives. Dans 5 cas, M. Capart a pratiqué l'opération susmentionnée. Après incision préalable, on enlève avec la curette, soit d'un côté, soit des deux côtés, toutes les parties malades, puis on cautérise profondément avec le galvano ou le thermo-cautère. On se rend facilement maître de l'hémorrhagie avec des injections d'eau fraîche ou par le tamponnement avec de la gaze iodoformée. La réunion de la plaie opératoire s'opère en quelques jours, et il ne reste qu'une cicatrice linéaire à peine visible. On n'observe pas d'enfoncement ou de déviation. Tout au début, le raclage ou l'extraction au galvano-cautère suffisent.

Pour deux cas pourtant, il a suffi de l'injection de quelques gouttes d'une solution phéniquée (ac. phén. et glyc. ââ) en différents points de la tumeur pour la mortifier complètement.

O. LAURENT.

Contribution à l'étude anatomique des corps érectiles de la muqueuse nasale, par Herzfeld. (*Arch. f. mikrop. Anat.* Bd XXXIV, Heft 2, *In Ziegler Centralblatt,* n° 20, 15 septembre 1890.)

Existe-t-il des fibres élastiques et musculaires dans les tissus érectiles de la muqueuse nasale? C'est l'opinion de Kölliker et de Zuckerkandl. Voltolini, après avoir admis (Rhinoscopie et Pharyngoscopie) l'existence de fibres élastiques, déclare dans

son dernier traité qu'il n'y a ni fibres élastiques, ni fibres musculaires, dans la muqueuse nasale chez l'homme.

Herzfeld a repris la question et est arrivé à cette conclusion, qu'il existe une riche couronne de fibres musculaires lisses autour des auréoles du tissu érectile. Il y a donc analogie structurale du tissu érectile du nez avec celui des autres organes. Du reste, cette donnée anatomique s'accorde bien avec les variations de volume qu'on peut constater à l'examen rhinoscopique.

Pour ce qui touche la répartition du tissu musculaire, Herzfeld l'a trouvé surtout abondant dans les cornets inférieurs, mais il existe aussi dans toute la portion respiratoire et dans les parois veineuses et artérielles dans la région défective et sur la cloison.

Il n'existe pas de véritable tissu érectile au niveau de la cloison. Bresgen et Ziem avaient pensé le contraire, en se fondant sur l'observation des gonflements, facilement réductibles par pression et reparaissant rapidement. Herzfeld pense qu'il s'agit plutôt, alors, de l'existence de riches plexus veineux et de glandes constatables seulement au microscope. Du reste, déjà à l'œil nu, la muqueuse de la cloison paraît plus molle, plus spongieuse que le tissu solide et résistant de la muqueuse des cornets. D'ailleurs, Zuckerkandl a trouvé du tissu érectile vrai, sur la cloison et le plancher du nez, chez les herbivores.

Aschenbrandt a démontré expérimentalement que la musculature du tissu érectile du nez était sous la dépendance du ganglion sphénopalatin, qui exerce une action tantôt vaso-constructive, et tantôt vaso-dilatatrice.

Les fibres élastiques du squelette conjonctif des corps caverneux, ont un rôle important dans le dégonflement de ces organes. Sur ce point, les recherches de l'auteur confirment absolument celles de Zuckerkandl. L'érection est facile à expliquer, en tenant compte de l'existence de fibres musculaires et de fibres élastiques. Dès lors, la théorie imaginée par Voltolini devient inutile. Rappelons que cet auteur expliquait l'érection par la communication des vaisseaux du tissu érectile avec les vaisseaux intra-osseux toujours béants. Et il faisait remarquer la porosité des cornets en opposition avec l'état lisse de la cloison osseuse. Herzfeld a trouvé sur les cornets moyens et inférieurs de nombreuses porosités qui leur donnent la structure d'os spongieux, et par la méthode des injections, il a constaté une séparation nette entre le tissu érectile et l'os. On ne voit

qu'en quelques points une veine pénétrer de l'os dans le tissu conjonctif de la muqueuse.

Voici, comme conclusion, comment se fait la circulation dans les corps érectiles. Le sang passe des artères dans le réseau capillaire du périoste et du tissu conjonctif périglandulaire, arrive alors dans le système caverneux, à parois munies de fibres musculaires qui chassent le sang dans les veines, dont il distingue cinq systèmes se dirigeant vers l'orifice externe des narines, vers la cavité cranienne, vers l'orbite, le voile du palais et le pharynx.

Voltolini expliquait la difficulté de l'hémostase dans les hémorrhagies nasales par la communication des vaisseaux des corps caverneux avec ceux des os. Pour Herzfeld, la difficulté tient surtout à ce qu'on ne retrouve qu'avec peine le point qui saigne. P. TISSIER.

Papillome corné volumineux occupant la partie supérieure des cavités nasales, par V. Büngner. (*Langenbeck's Archiv*, Band XXXIX, Heft 2.)

La tumeur avait pour point de départ la partie supérieure du septum, où ne se développent guère que des productions papillomateuses, et par suite de lésion partielle de la cloison avait envahi les deux côtés du nez. De la réunion de nombreuses touffes papillaires résultait un papillome dur, constitué par des blocs de tissu conjonctif, recouvert par un revêtement très épais d'épithélium pavimenteux. Dans les parties profondes de la couche épithéliale, les cellules présentaient des divisions karyokinétiques du noyau, les cellules superficielles étaient cornées.

Voici la marche du processus pour l'auteur. Ozène avec transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux; puis « psoriaris » de la muqueuse avec hyperplasie et hypertrophie inflammatoire des papilles et épaississement et transformation cornée de l'épithélium ; enfin, développement d'une tumeur papillomateuse par suite de l'exagération des processus hyperplasiques. P. T.

Rapports entre les affections chroniques des voies aériennes supérieures et les hernies abdominales, par Freudenthal. (*Journ. of the Am. med. Assoc.*, 5 octobre 1889. *Prior referent in Centr. f. Klin. medicin*, n° 26, 28 juin 1890.)

D'après ses observations et les faits publiés, Freudenthal a

cherché à établir la fréquence avec laquelle le catarrhe du nez et des voies aériennes supérieures détermine à la suite d'une toux prolongée ou fréquente des hernies abdominales. Sur 500 sujets, porteurs de hernies, 143 présentèrent des lésions internes et profondes des voies aériennes supérieures, nécessitant un traitement spécial.

Sur environ 80 membres d'une famille, souffrant presque tous de lésions nasales et pharyngées, l'auteur trouva des hernies chez un tiers des sujets.

Dans les conditions où les affections du nez sont rares, rares aussi sont les hernies.

C'est ainsi que 121 Indiens ne présentèrent ni catarrhe nasal, ni hernies.

Aux États-Unis, pays où les affections nasales sont si fréquentes, sur 1,000 conscrits, 50 portent des hernies; la proportion est de 22,89 en France; de 16,61 en Italie; de 14,09 en Autriche et de 14 en Allemagne pour 1000.

Les exercices corporels pénibles, les ascensions de montagne, l'action de soulever de lourds fardeaux, sont des causes prédisposantes aux hernies de bien moindre importance que les troubles consécutifs aux lésions pharyngo-nasales.

Les hernies sont beaucoup plus rares chez la femme, parce que la toux et les efforts d'expectoration ne déterminent pas chez elle une augmentation aussi notable de la pression intra-abdominale.

Sans vouloir insister sur ce dernier point que Freudenthal énonce sans le démontrer, il est certain que, pour démontrer la réalité de la thèse que soutient l'auteur, on serait en droit de demander un supplément de preuves. En tout cas, il y a là une nouvelle hypothèse à ajouter à la longue théorie d'opinions émises au sujet de la pathogénie des hernies.

Puisque, comme le déclare l'auteur, les affections nasales sont si fréquentes aux États-Unis, il eut été au moins intéressant de savoir combien de gens, du même âge, et dans les mêmes conditions que ceux choisis pour établir sa statistique, mais non porteurs de hernies, souffraient de lésions pharyngo-nasales.

C'est en médecine surtout qu'il faut se garder de généralisations hâtives et s'efforcer de ne pas prendre les coïncidences comme des témoignages de relation directe et de cause à effet.

Néanmoins il est bon, tout en se tenant sur la réserve, d'enregistrer les vues, au moins fort ingénieuses de l'auteur, en

attendant que de nouvelles recherches viennent en établir bien mieux qu'une discussion théorique, le bien ou le mal fondé.

P. TISSIER.

Incontinence nocturne d'urine par suite d'obstruction nasale, consécutive à l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée, par KÖRNER. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n° 27, p. 476, 8 juillet 1890.)

L'incontinence d'urine nocturne est fréquente chez les porteurs de végétations adénoïdes, ainsi que l'ont déjà noté Mayor, Ziem et Bloch. Mais, dans aucun cas, la preuve de la relation directe, qui unit ces deux processus n'avait été donnée jusqu'ici. Dans deux observations, Körner obtint la guérison de l'incontinence par l'ablation des végétations.

L'hyperplasie de l'amygdale pharyngée suffit-elle à elle seule à provoquer l'incontinence? Körner admet, avec juste raison, qu'elle n'est en réalité qu'une cause occasionnelle chez des sujets prédisposés.

Ziem et Mayor ont soutenu l'opinion inverse, sans l'appuyer d'argument décisif. Pour ces auteurs, l'incontinenee serait symptomatique d'un empoisonnement par l'acide carbonique, résultant de l'insuffisance de la respiration. P. T.

Quelques observations sur l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée, par KÖRNER. (*Münch. med. Woch.*, n° 27, p. 476, 8 juillet 1890.)

L'auteur étudie les déformations des maxillaires supérieurs, consécutives à l'obstruction du nez, produite par l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée. Ces déformations ont d'ailleurs été déjà bien mises en lumière par Wagner, Schaus, Bloch et plusieurs autres auteurs.

On peut les ranger dans deux variétés suivant qu'elles se produisent avant ou pendant l'évolution de la seconde dentition. Dans le premier cas, on ne trouve qu'une exagération de la hauteur de la voûte palatine, sans modifications du côté du rebord alvéolaire, ni dans l'implantation des dents.

L'exagération de la voussure du palais trouve son explication dans l'arrêt de la croissance du nez (atrophie d'un organe qui ne sert pas); le choc du courant d'air contre le toit palatin pendant la respiration ne saurait être mis en cause.

Dans la seconde éventualité, les déformations sont plus marquées. Les maxillaires supérieurs sont repoussés latéralement,

de sorte que les incisions ne se trouvent plus rangées sur une seule ligne, mais forment des angles ou bien s'imbriquent.

Les canines et les premières molaires, faute de place, poussent soit en dehors soit en dedans. Ces déformations résultent de l'action des lèvres sur les dents, la bouche restant ouverte, la langue n'exerçant pas de contre-pression.

Quant aux rapports des mâchoires supérieures et inférieures, on voit souvent les incisions médianes supérieures, proéminer fortement en avant, lorsque le sujet ferme la bouche. Dans quelques cas rares, les maxillaires supérieurs sont si peu développés qu'il se produit un aspect de la bouche que l'auteur compare à une gueule de dogue.

Le rachitisme ne joue aucun rôle dans ces déformations. Les conduits nasaux sont rétrécis du fait de l'élévation de la voûte palatine et la cloison déviée.

Sauf dans les cas d'insuffisance marquée de développement du squelette du nez, la respiration nasale se substitue spontanément à la respiration buccale, une fois l'obstacle levé.

D'ailleurs, il faut bien noter avec Kiesselbach, Kirchner et Wagenhauser, que les déformations décrites par Körner n'ont rien de spécifique. Elles se rencontrent alors qu'il n'existe pas de végétations adénoïdes et elles peuvent manquer chez les sujets qui en sont atteints. Ces auteurs se posent, en outre, la question de savoir si les déformations ne sont pas primitives d'origine héréditaire, et les végétations adénoïdes secondaires. P. T.

Angine lacunaire consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes, par KÖRNER. (*Münch. med. Woch.*, n° 27, p. 476, 8 juillet 1890.)

Cinq fois sur 127 opérations de végétations adénoïdes, Körner a vu se développer, du 2e au 8e jour après l'opération, une angine lacunaire sur l'amygdale.

Dans un cas, il existait aussi des dépôts pultacés par les plis salpingo-pharyngé et, dans un autre, sur le voile du palais.

Il fut impossible, dans tous les cas, de diminuer la plaie opératoire elle-même. P. T.

Infective phlebitis as a sequel to follicular Tonsillitis. (Phlébites infectieuses comme suite de l'amygdalite folliculaire), par TRUMBULL. (*N. York med. Record*, 9 août 1890.)

Trumbull signale la possibilité des infections générales au cours de l'amygdalite folliculaire. Il rapporte l'observation d'une

malade prise d'accidents de phlébite au moment où elle entrait en convalescence d'une amygdalite. Les premiers points d'induration apparurent au niveau de veines variqueuses. Des accidents généraux, frissons, vomissements, céphalalgie ne tardèrent pas à survenir. La malade succombait au septième jour après avoir présenté de la congestion pulmonaire, de l'ictère, de l'albuminurie. A.-F. PLICQUE.

Usage et abus du galvanocautère dans les affections de la gorge, par SCHWEIG. (*New York med. Record*, 16 août 1890.)

L'emploi du galvanocautère n'est inoffensif qu'à la condition d'éviter l'irradiation de la chaleur et les applications trop profondes. Le pharynx offre une susceptibilité particulière; les cautérisations trop énergiques donnent souvent des rétractions cicatricielles. Dans bien des cas (déviations du septum, hypertrophie des papilles linguales), la plupart des inconvénients du galvanocautère sont évités en faisant des cautérisations sous-muqueuses. Le tissu exubérant est détruit en laissant la muqueuse intacte; la surface susceptible d'infection et de suppuration est réduite au minimum; la cicatrice est insignifiante.

A.-F. PLICQUE.

Les gargarismes, leur méthode et leur limite d'action, par SWAIN. (*N. Y. med. Rec.*, 19 juillet 1890.)

Swain regarde les gargarismes comme un moyen des plus efficaces dans le traitement des diverses affections des voies respiratoires supérieures. En employant une bonne méthode, le malade parvient à mettre le liquide en contact non-seulement avec l'arrière-gorge mais avec l'intérieur du larynx. L'emploi répété et longtemps prolongé des gargarismes donnera souvent de meilleurs résultats que les pansements locaux. C'est surtout dans les catarrhes chroniques de l'arrière-gorge, catarrhes qu'il est si difficile dans certains climats de guérir complètement, que les gargarismes seront précieux par le soulagement qu'ils donnent et par la facilité de leur emploi.

Comme liquides pour le gargarisme, Swain se contente souvent d'eau salée (une demi-cuillerée à café de sel par verre d'eau). Il a également essayé les gargarismes à l'alun, à l'iode, au chlorate de potasse. Comme procédé, il recommande le procédé de Hagen. Dans ce procédé, le malade remplit à moitié sa bouche de liquide; il renverse la tête en arrière, ouvre large-

ment la bouche et fait, la bouche ouverte, un mouvement de déglutition. Il doit faire ce mouvement aussi complètement que possible, comme pour boire ordinairement. La bouche restant ouverte, si énergique que soit le mouvement de déglutition, le liquide s'arrête à l'entrée de l'œsophage. Les mouvements pour se gargariser sont ensuite les mêmes qu'à l'ordinaire. Mais sur la fin le malade place la pointe de la langue sur les incisives supérieures et incline la tête en avant pour rejeter le liquide. Une grande partie passe ainsi derrière le voile du palais et revient s'il n'y a pas d'obstacle, par les fosses nasales. Le lavage est donc complet. La seule difficulté consiste, surtout pour les enfants, dans le mouvement de déglutition la bouche ouverte. On la surmonte au besoin en plaçant entre les dents un instrument quelconque pour empêcher la bouche de se fermer. Quand le malade ne parvient pas à faire revenir le liquide par le nez, c'est qu'il y a presque toujours obstruction des fosses nasales, obstruction qu'il suffit de traiter pour que le procédé réussisse pleinement. A.-F. PLICQUE.

A propos du traitement des angines aiguës, par le Dr CAPART. (*Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1890.)

M. Capart commence par préciser le diagnostic des affections inflammatoires aiguës du pharynx. Il distingue trois formes : l'angine catarrhale simple, l'angine pultacée et l'angine phlegmoneuse.

Il est des périodes de l'année où l'on observe de véritables épidémies d'angine pultacée ; c'est le froid humide, le brouillard surtout, qui la développent.

L'angine phlegmoneuse siège généralement dans le tissu péri-amygdalien ; M. Capart ne se rappelle pas avoir eu à ouvrir plus de 10 abcès où le pus était strictement limité au parenchyme de la glande. L'exploration au moyen d'un seul doigt suffit presque toujours. Le pus a une tendance à se frayer une voie à la partie supérieure et antérieure du voile du palais. L'angine phlegmoneuse guérit en quatre ou cinq jours ; M. Capart a rencontré pourtant des cas où la maladie se prolongeait pendant quinze jours, voire même, dans un cas, un mois, et, dans un autre, six semaines. On a signalé quelques cas de mort, soit par extension du mal jusqu'à l'orifice supérieur du larynx et production d'œdème de la glotte, soit par pénétration brusque

du pus dans les voies aériennes, soit enfin par hémorrhagie. M. Capart n'a observé cette dernière complication qu'une seule fois ; le malade guérit.

Dans l'angine catarrhale simple, il est utile d'employer les gargarismes au borax et au salicylate de soude, ou bien, si l'affection traîne en longueur, ceux d'alun calciné et d'alcool.

Abandonnée à elle-même, l'angine pultacée guérit en cinq ou six jours; traitée rationnellement, elle disparaît en 24 ou 48 heures. Elle est justiciable du chlorate de potasse, qu'il faut préférer à la quinine (préconisée par Fraenkel). Il faut aussi remédier aux prédispositions : 1° Au coryza chronique ou aux végétations adénoïdes du pharynx ; 2° à l'hypertrophie des amygdales ; 3° aux lacunes amygdaliennes. On incisera ces dernières largement, et en deux ou trois séances, avec le crochet mousse de Moritz-Schmidt.

Pour l'angine phlegmoneuse, M. Capart ne recourt que rarement aux émissions sanguines locales. Il prescrit :

R. Salol pur.... } ââ... 2 grammes.
Sucre de lait. }
M.

pour une poudre. D. S. n° VI. A prendre 3 par jour; une toutes les heures ; ou bien :

R. Salol pur......... 6 grammes.
Potion gommeuse. 180 —
M.

à prendre en 3 fois.

En même temps, il ordonne un gargarisme à l'acide salicylique et à l'acétate de soude.

C'est dans l'angine phlegmoneuse seule que le salol trouve ses indications, et nullement dans toutes les angines, comme le déclare M. Gouguenheim.

Lorsqu'il existe de la fluctuation, on ponctionne avec l'aiguille exploratrice (de Deroubaix), on élargit l'incision, puis on introduit une petite mèche de gaze iodoformée (qui reste en place cinq ou six heures). Le bistouri est plongé au niveau de la fluctuation directement d'avant en arrière, ou de dehors en dedans. Si l'abcès n'est pas accessible, on fait des scarifications peu profondes.

Lorsqu'il persiste un trajet fistuleux, on l'incise largement avec le galvano-cautère. Au point de vue prophylactique, on

cherchera à endurcir la constitution et on prescrira des gargarismes d'alun et d'acide phénique (petites quantités) ou de salol.

O. LAURENT.

Un cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue, par le Dr CHARLIER (Bruxelles). (*La Presse méd. belge*, n° 51, 1890.)

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, qui était atteint de tuberculose pulmonaire; la langue devint le siège de trois ulcérations spécifiques qui se localisèrent sur le bord gauche. La mort, comme c'est la règle, survint quinze jours après le développement de celles-ci.

D'après Butlin, ces lésions sont si rares qu'il s'attache un intérêt toujours nouveau à leur description. O. LAURENT.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANGLETERRE.

Oreille.

An analysis of fifty-seven fatal cases of ear disease and of the complications which led to death. Analyse de 57 cas d'affections de l'oreille ayant eu une issue fatale et des complications qui ont amené la mort, par G. Newton Pitt (*British. med. journ.*, 22 mars 1890).

The treatment of suppurative inflammation of the mastoid process associated with disease of the middle ear. Traitement des suppurations de l'apophyse mastoïdienne consécutives à une affection de l'oreille moyenne, par W. Arbuthnot Lané (*British. med. journ.*, 29 mars 1890).

Abscess of the cerebellum; trephining; death. Abcès cérébelleux; trépanation; mort, par R. J. Bryden (*British. med. journ.*, 29 mars 1890).

1° Cases of meningitis and tubercle secondary to ear disease. 2° Cases of cerebral abscess and sinus thrombosis due to other causes than ear disease. 1° Cas de méningites et de tuberculose d'origine auriculaire. 2° Cas d'abcès cérébraux et de thrombose des sinus causés par d'autres maladies que les affections de l'oreille, par G. Newton Pitt (*British. med. journ.*, 5 avril 1890).

Operations for septic thrombosis of the lateral sinus consecutive to aural disease. Opérations pour une thrombose du sinus latéral consécutive à une affection de l'oreille, par Ballance (*Med. Soc. of London*, séance du 31 mars; in *British. med. journ.*, 5 avril 1890).

Complications auriculaires de l'influenza, par C. Atkin. (*Sheffield med. chir. Soc.*, séance du 27 mars; in *British. med. journ.*, 5 avril 1890).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par W. B. Dalby *British. med. journ.*, 19 avril 1890).

Case of intracranial suppuration; trephining and evacuation of pus; death: necropsy. Cas de suppuration intra-cranienne; trépanation et évacuation du pus: mort; nécropsie, par W. C. R. Middleton (*British. med. journ.*, 19 avril 1890).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par F. G. Harvey (*British. med. journ.*, 3 mai 1890).

An intratympanic syringe, douche, and aspirator; a vulcanite ear shoot. Seringue, douche et aspirateur intra-tympaniques en vulcanite, par W. R. H. Stewart (*British. med. journ.*, 10 mai 1890).

Surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par G. P. Field (*British. med. journ.*, 17 mai 1890).

Cerebral symptoms accompanyng disease of the middle ear : operation on the ear : complete cessation of symptoms. Symptômes cérébraux consécutifs à une affection de l'oreille moyenne : opération sur l'oreille : disparition complète des symptômes cérébraux, par Sainsbury et Battle (*Clin. soc. of London*, séance du 9 mai ; in *British med. journ.*, 17 mai 1890).

Abcès cérébral, par H. Langley Browne (*Birmingham and Midland Branch of the Brit. med. Ass.*, séance du 25 avril: in *Brit. med. journ.*, 17 mai 1890).

Nouveau serre-nœud pour l'oreille, par Ward Cousins (*South East Branch of the British med. Ass.*, séance du 24 avril; in *Brit. med. journ.*, 17 mai 1890).

Du massage de la membrane du tympan et des osselets pour le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Brit. med. journ.*, 24 mai 1890).

Maladie de Ménière consécutive à l'influenza, par A. Money (*Lancet*, 3 mai 1890).

Surdité traitée par la pilocarpine, par J. C. Dunlop (*Brit. med. journ.*, 7 juin 1890).

Two cases of subdural abscess resulting from disease of the antrum and middle ear. Deux cas d'abcès sous la dure-mère résultant d'affection de l'antre et de l'oreille moyenne, par W. Arbuthnot Lane (*Brit. med. journ.*, 7 juin 1890).

Le centre auditif, par D. Ferrier (*Croonian Lectures on cerebral localisations;* in *Brit. med. journ.*, 28 juin 1890).

The treatment of pyoemia consequent upon disease of the lateral sinus. Traitement de la pyomie consécutive à une affection de l'oreille moyenne et indépendante d'une thrombose du sinus latéral, par W. Arbuthnot Lane (*Brit. med. journ.*, 28 juin 1890).

Acquired syphilitic nerve deafness cured with pilocarpine. Surdité syphilitique nerveuse acquise guérie par la pilocarpine, par E. J. Erskine Risk (*Brit. med. j.*, 12 juillet 1890).

I. Affection chronique de l'oreille accompagnée de surdité chez un homme de 55 ans. — II. Otite moyenne aiguë double consécutive à l'amygdalotomie. — III. Hémorragie de l'oreille moyenne, rupture de la membrane du tympan, par Barling (*Birmingham med. Review.*, juillet 1890).

Spécialité et spécialistes. Discours prononcé à l'ouverture de la section d'otologie de la *Brit. med. ass.*, à Birmingham, par Ch. Warden (*Brit. med. journ.*, 9 août 1890).

Discussion sur l'étiologie du tintement d'oreille, par H. Macnaughton Jones, L. Turnbull, J. Ward Cousins, J. Dundas Grant (*Brit. med. ass. Birmingham*, juillet 1890; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

La valeur des tympans artificiels, par J. Ward Cousins (*Sect. of otol. of the Brit. med Ass.*, juillet 1890; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Affections intra-nasales en relation avec les affections de l'oreille, par Lennox Browne (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*, juillet 1890 ; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Effets nuisibles des sons aigus sur l'audition, par T. Barr (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*, juillet 1890; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Extraction des corps étrangers de l'oreille, par Ward Cousins (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*, juillet 1890; in *Brit. med. journ.*. 20 septembre 1890).

Tumeurs de l'oreille et rétro-nasales dans les écoles navales, par A. Bronner (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*, juillet 1890; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

I. Surdité due à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne ou à une

affection intra-nasale. — II. Fracture de l'os temporal, par L. Turnbull (*Sect. of otol. of the Brit. med Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache et la poire de Politzer, par Donald Stewart (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Traitement de quelques cas d'otite moyenne, par W. Arbuthnot Lane (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

L'abus de la seringue pour les maladies d'oreille, par W. R. H. Stewart (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Otalgie paroxysmale bilatérale d'origine nerveuse, par G. Stone (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Membrane tympanique complète coexistant avec une affection de l'os temporal et une thrombose cérébrale, par J. Erskine (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Abcès cranien consécutif à une trépanation pour suppuration de l'oreille, par G. Jackson (*Sect. of otol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

L'anatomie topographique de la région mastoïdienne du crâne et en particulier des opérations pratiquées sur cette région, par A. E. Birmingham (*Sect. of Anat. and Physiol. of the Brit. med. Ass.*; in *Brit. med. journ.*, 20 septembre 1890).

Head Injury, with hæmorrhage from the ear and paralysis of the facial and auditory nerves. Traumatisme de la tête avec hémorragie de l'oreille et paralysie des nerfs facial et auditif, par F. Tresilian (*Brit. med. journ.*, 11 octobre 1890).

Diseases of the ear. Maladies de l'oreille, par G. P. Field (3e édition, H. Renshaw, éditeur, *Londres* 1890).

Un cas de trépanation pour un abcès cérébral en rapport avec une affection de l'oreille moyenne, par J. C. Weyr (*Brit. med. journ.*, 6 décembre 1890).

Contribution à l'étude des complications intra-craniennes des otites moyennes chroniques, par R. Glasgow Patteson (*Dublin Journ. of med. science*, 1er juillet 1890).

Un cas de méningite cérébro-spinale compliquée par une affection de l'oreille ; nécropsie, par P. C. Larsen (*Lancet*, 1er novembre 1890).

Otorrhée ou inflammation du méat de l'oreille, par Walker J. Swift (*Lancet*, 1er novembre 1890).

Corps étranger de l'oreille, par G. H. Jackson (*Hunterian Soc.*, 26 novembre ; in *Brit. med. journ.*, 27 décembre 1890).

Epithélioma de l'oreille externe, par Milligan (*Manchester pathol. Soc.*, 10 décembre 1890; in *Brit. med. journ.*, 10 janvier 1891).

Instruments pour appliquer les médicaments liquides et les poudres dans l'oreille moyenne, par A. J. Andrews (*Lancet*, 20 décembre 1890).

A Text-book of the diseases of the ear. Traité des maladies de l'oreille, par J. Gruber, traduction anglaise de E. Law et C. Jewell (H. K. Lewis, éditeur, *Londres* 1890).

Extraction d'un pois ayant séjourné cinq ans et demi dans l'oreille, par A. Foxwell (*Brit. med. journ.*, 28 février 1891).

Extraction d'un pois ayant séjourné longtemps dans l'oreille, par T. Bell (*Brit. med. journ.*, 21 mars 1891).

Cathétérisme de la trompe d'Eustache dans les affections de l'oreille

moyenne, par A. Bronner (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, 3 avril; in *Brit. med. journ.*, 18 avril 1891).

Le traitement précoce de la mastoïdite, par A. Wilson (*Edinburgh med. journ.*, mai 1891).

Larynx et Trachée.

Œdème du larynx survenu à la suite de l'influenza, par R. Norris Wolfenden (*Brit. med. journ.*, 8 mars 1890).

On a peculiar obstructive forme of laryngeal tuberculosis which simulates bilateral abductor paralysis. Sur une forme obstructive particulière de tuberculose laryngienne avec paralysie bilatérale simulée des abducteurs, par Percy Kidd (*British med. journ.*, 29 mars 1890).

Case of suppurative laryngeal perichondritis, without any antecedent disease in the larynx. Cas de périchondrite laryngienne suppurée, sans aucune affection antérieure du larynx, par D. Newman (*British. med. journ.*, 29 mars 1890).

Chronic rheumatic sore throat. Laryngite rhumatismale chronique, par E. Fletcher Ingals (*Journ. of laryng. and rhinol.*, avril 1890).

Laryngeal stenosis from fixed adduction of the vocal cords, following cancer of the œsophagus. Sténose du larynx à la suite d'une adduction complète des cordes vocales, consécutive au cancer de l'œsophage, par J. G. Blakman (*British med. journ.*, 12 avril 1890).

Des cancers du larnyx, par J. B. Ball (*Annals of Surgery*, vol. IX, 1889).

A case of acute obstruction of the larynx after convalescence from broncho pneumonia. Un cas d'obstruction aiguë du larynx consécutive à la convalescence d'une broncho-pneumonie, par Clifford Beale (*British med. journ.*, 26 avril 1890).

Clinical lecture upon cough and disturbance of respiration, as indications of disease of the upper air passages, with a few illustrative cases. Leçon clinique sur la toux et les troubles de la respiration, comme indications des affections des voies aériennes supérieures avec quelques observations, par D. Newman (*Glasgow med. Journ.*, mai 1890).

The throat and nose and their diseases. Maladies de la gorge et du nez, par Lennox Browne (3e édition revue et augmentée, volume in-8e de 714 pages, renfermant 235 gravures et 130 chromolithographies; Baillière, Tindall and Cox éditeurs, *Londres*, 1890).

The cortical motor laryngeal centre, and the intra cerebral fibres which proceed from it. Du centre moteur cortical du larynx et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent, par J. Garel et L. Dor (*Journ. of laring. and rhinol.*, mai 1890).

Trachéotomie difficile, par H. Harvey Norton (*British med. Journ.*, 16 mai 1890).

Intubation du larynx. 100 observations. 38 0/0 de guérisons; série de cas heureux consécutifs, par W. Hailes (*British med. Journ.*, 24 mai 1890).

Intubation du larynx, par J. Hunter Mackenzie (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890).

Un cas d'aphasie consécutive à l'influenza, par T. Dobson Poole (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890).

A case of thyroid tumour, apparently Malignant, which all but disapeared after tracheotomy; renewed growth in an undoubted sarcomatous form. Tumeur thyroïdienne d'apparence maligne, ayant disparu après la trachéotomie; récidive sous une forme sarcomateuse, par G. R. Turner (*Clin. soc. of London*, séance du 23 mai; in *British med. Journ.*, 31 mai 1890).

Phtisie laryngée, par Trevelyan (*Leeds and West Riding. med. chir. Soc.*, séance du 7 mai ; in *Brit. med. Journ.*, 31 mai 1890).

Urgent paroxysmal dyspnœa suggestive of pressure or constriction of air passages, diagnosis as to seat and cause of obstruction remaining obscure to the ast. Death probably from septicæmia, with lobular condensations of lung. Syphilitic lesions of trachea and bronchi and in liver, discovered after death. Remarks. Dyspnée paroxysmale consécutive à une compression ou une contraction des voies aériennes, diagnostic incertain du siège et de la cause de l'obstruction ; décès occasionné probablement par la septicémie, avec condensations lobulaires du poumon. Lésions syphilitiques de la trachée, des bronches et du foie découvertes après la mort. Remarques, par Gairdner et Coats (*Glasgow Path. and. clin. Soc.*, séance du 10 février; in *Glasgow med. Journ.*, juin 1890).

Affections du larynx chez les phtisiques, par E. C. Beale (*Birmingham med. Review*, avril 1890).

Quelques cas de chirurgie laryngienne, par G. Hunter Mackenzie (*Edinburgh med. Journ.*, juillet 1890).

I. Lupus du larynx et du pharynx. — II. Tumeur du larynx, par Gordon Holmes (*Brit. laryng. and rhinol. Ass.*, 13 juin ; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1890).

I. Fracture du cartilage thyroïde. Hémorragie du larynx. — II. Papillome du larynx. Extirpation, par Barling (*Birmingham med. Review.*, juillet 1890).

De l'enseignement de la laryngologie. Discours prononcé à l'ouverture de la section de laryngologie et de rhinologie de la *Brit. med. Assoc.*, à Birmingham, par J. S. Swithin Wilders (*Brit. med. Journ.*, 16 août 1890).

De l'opération radicale pour le traitement du carcinome intrinsèque du larynx, par H. T. Butlin (*Brit. med. Journ.*, 23 août 1890)

Discussion sur le traitement des affections tuberculeuses du larynx, par C. J. Symonds, H. T. Butlin, E. Clifford Beale, G. H. Mackenzie, Greville Macdonald, E. Jacob, Bennett, J. St. Swithin Wilders, Lennox Browne, A. Bronner. Discussion de Symonds et Hunter Mackenzie. (*Sect. of laryng. of the Brit. med. Ass. Birmingham*, juillet 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Deux cas de paralysie des abducteurs du larynx d'origine incertaine, par E. F. Trevelyan (*Sect. of laryng. otol. Brit. med. Ass., Birmingham*, juillet 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Remarques sur l'aphémie fonctionnelle, par E. H. Jacob (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Deux cas de laryngectomie, par D. Wallace (*Edinburgh med. Journ.*, octobre 1890).

Des formes indurée et proliférante de la laryngite tuberculeuse. On the Indurative and proliferative forms of tubercular laryngitis. par A. Gouguenheim et J. Glover (*The Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre et octobre 1890).

Quelques cas de trachéotomie pour brûlures du larynx, par Gough (*Lancet*, 19 juillet 1890).

Rétrécissement syphilitique des voies aériennes (larynx et trachée), par S. West (*St. Barth. hosp. rep.*, p. 223, 1890).

Urgent dyspnœa in an infant, aged 12 months, occurring suddenly, and terminating fatally within an hour and a half, due to a caseous gland which had ulcerated its way into the trachea. Dyspnée chez un enfant de 12 mois, survenue soudainement et terminée mortellement en une heure et demie, due à une glande caséeuse qui ulcéra la trachée, par R.-W. Parker (*Clin. soc. of London*, 10 octobre ; in *Brit. med. Journ,*, 18 octobre 1890).

Corps étranger extrait des voies aériennes, par J. Lloyd (*Birmingham*

and Midland Counties Branch of the Brit. med. Ass., 8 octobre ; in *Brit. med. Journ.*, 25 octobre 1890).

De la démonstration clinique des affections de la gorge et du nez, par Mackellar Dewar (*Glasgow med. Journ.*, novembre 1890).

Polype fibreux de la trachée, par Bidwell (*Pathol. soc. of London*, 4 novembre ; in *Brit. med. Journ.*, 8 novembre 1890).

Ulcère de la corde vocale suivi d'un emphysème généralisé, par Montague Murray (*Pathol. soc. of London*, 18 novembre; in *Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1890).

Intubation du larynx, par Gibson (*Lancet*, 25 octobre 1890).

Sur le traitement des sténoses du larynx et de la trachée consécutives à la trachéotomie, avec remarques sur l'intubation, pas B. Pitts et W. F. Brook (*Med. Soc. of London*, 1er décembre ; in *Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1890).

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Lennox Browne (*Brit. med. Journ.*, 27 décembre 1890).

Affections du larynx (lupus et tuberculose) traitées par la méthode de Koch, par Michael (*Journ. of laryng. and rhinol.*, janvier 1891).

Un cas d'implantation non reconnue d'une fausse dent pendant 22 mois dans le larynx, avec extraction, par Lennox Browne (*Brit. lar. and rhin. ass. Londres*, 28 novembre 1890 ; in *Journ. of lar. and rhin.*, janvier 1891).

Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique, par Hunter Mackenzie (*Brit. lar. and rhin. Ass. Londres*, 28 novembre ; in *Edinburgh med. Journ.*, mars 1891).

Un cas d'immobilité persistante de la corde vocale droite après la guérison complète d'une attaque d'hémiplégie, par Lennox Browne (*Brit. lar. and rhin. Ass. Londres*, 28 novembre 1890 ; in *Journ. of lar. and rhin.*, janvier 1891).

Un cas de tumeur d'une corde vocale avec opération, par Dundas Grant (*Brit. lar. and rhin. Ass. Londres*, 28 novembre 1890 ; in *Journ. of lar. and rhin.*, janvier 1891).

Trachéotomie pour croup membraneux, par J. Cotter (*Cork med. and surg. Ass.*, 10 décembre 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 10 janvier 1891).

Koch's Remedy in relation specially to throat consumption. Le remède de Koch spécialement dans la tuberculose de la gorge, par Lennox Browne (un volume de 114 pages renfermant 31 observations et 50 dessins originaux et diagrammes, Baillière, Tindall and Cox, éditeurs, *Londres* 1891).

Sur l'emploi de l'électricité dans les affections de la gorge, par J. Macintyre (*Journ. of lar. and rhinol.*, février 1891).

I. Epithélioma du larynx. — II. Tuberculose du larynx, par J. Dundas Grant (*Hunterian Soc.*, 27 janvier ; in *Brit. med. Journ.*, 21 février 1891).

Papillomes multiples du larynx enlevés au moyen d'une pince, par Howell (*Hunterian Soc.*, 25 janvier ; in *Brit. med. Journ.*, 21 février 1891).

Analyse de 9 cas de tuberculose du larynx, traités par la lymphe de Koch, par J. Sedziak et A. Sokolowski (*Journ. of laryng. and rhinol.*, mars 1891).

Un cas de cancer intrinsèque du larynx traité par la thyrotomie, par J. Dundas Grant (*Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891).

Excision du larynx, par W. Arbuthnot Lane (*Brit. med. Journ.*, 4 avril 1891).

Tumeurs symétriques (syphilitiques) sur les cordes vocales, par Mayo Collier (*Brit. lar. and rhin Ass.*, 20 mars; in *Journ. of lar. and. rhin.*, avril 1891).

Préparations microscopiques du larynx et des poumons d'un malade traité par la méthode de Koch, par W. Wyatt Wingrave (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 20 mars ; in *Journ. of lar. and rhin.*, avril 1891).

Tumeur épithéliale du larynx extraite par une opération intra-laryngée, par Stoker (*Brit. lar. and rhin. ass.*, 20 mars; in *Journ. of lar. and rhin.*, avril 1891).

Injections intra-laryngées dans le traitement de certaines affections laryngées et pulmonaires, par J. Walker Downie (*Brit. med. Journ.*, 18 avril 1891).

Trachéotomie dans la diphtérie, par C. Y. Pearson (*County and city of Cork med. and surg. Ass.*, 11 mars; in *Brit. med. Journ.*, 18 avril 1891).

Ulcération bourbeuse du larynx chez un enfant tuberculeux, par H. Ashby (*Manchester Pathol. Soc.*, 8 avril; in *Brit. med. Journ.*, 25 avril 1891).

Nez.

Rhinolithe, par J. B. Ball (*British med. Journ.*, 1er mars 1890).

Tumeur nasale, par H, R. Townsend (*Cork med. and surg. Soc.*, 22 janvier; in *Brit. med. Journ.*, 1er mars 1890).

Obstruction nasale et respiration buccale comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et du développement de la voûte palatine, par Scanes Spicer (*Transactions of the Odontological Society of Great Britain*, janvier 1890).

Le nez et l'asthme (*Journ. of laryng. and rhinol.*, mars 1890).

Un cas de catarrhe nasal et pharyngé chronique, causé par une lotion arsénicale, par W.-C. Donald (*Lancet*, 15 mars 1890).

On the question of anæsthetics in operations for adenoid growths of the naso-pharynx. De la question de l'anesthésie pour les opérations de végétations adénoïdes du naso-pharynx, par H. Davis (*British med. Journ.*, 12 avril 1890).

Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Drinkwater (*Sunderland and North Durham med. Soc.*, séance du 20 mars; in *British med. Journ.*, 12 avril 1890).

Des ostéomes de la cavité nasale, par F. Kammerer (*Annals of Surgery*, vol. X, 1889).

Epistaxis, par E. Cresswell-Baber (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, séance du 3 avril; in *British med. Journ.*, 19 avril 1890).

Trephining of frontal sinus. Trépanation du sinus frontal, par A.-G. Miller (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, séance du 5 février; in *Edinburgh med. Journ.*, mai 1890).

A study of the diagnosis and treatment of malignant tumours of the nasal fossae. Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs des fosses nasales, par A.-F. Plicque (*Journ. of laryng. and rhinol.*, mai et juin 1890).

Traitement local du hay fever et de l'éternuement paroxystique, par Scanes-Spicer (*West London med. chir. Soc.*, séance du 2 mai; in *British med. Journ.*, 31 mai 1890).

I. Large mucous polypus removed from the posterior nares of a patient. Polype muqueux de grande taille extrait de la cavité nasale postérieure d'un malade. — II. A case of adeno-carcinoma of the left inferior turbinated body, and perforation of the nasal septum, in the person of a worker in chrome pigments. Adéno-carcinome du cornet gauche inférieur et perforation du septum nasal chez un ouvrier en pigments de chrome, par A. Newman (*Glasgow Path. and clin. Soc.*, séance du 10 février; in *Glasgow med. Journ.*, juin 1890).

Neurasthénie et affections nasales (*Journ. of laryng. and rhin.*, juin 1890).

Further remarks on the self retaining palate hook: including its use

in postnasal catheterism. Remarques sur le relève-luette et son emploi pour le cathétérisme rétro-nasal, par E. Creswell Baber (*Brit. med. Journ.*, 28 juin 1890).

On a classification of intra-nasal and naso-pharyngeal diseases. Sur une classification des affections intra-nasales et naso-pharyngiennes, par Lennox Browne (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1890).

Un cas de polype fibro-muqueux du naso-pharynx, par C. Warden (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1890).

On the use on the dental drill in the treatment of deviations and spurs of the nasal septum. De l'emploi du foret dentaire pour le traitement des déviations et des crêtes de la cloison nasale, par A. Bronner (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1890).

Pathologie de la « hay fever », par Berkart (*Lancet*, 12 juillet 1890).

Un cas d'excision du maxillaire supérieur pour polype naso-pharyngien, par G. Thom (*Lancet*, 12 juillet 1890).

Polype nasal d'une grosseur inusitée. Remarques sur la méthode employée pour son extraction, par Walker Downie (*Glasgow med. Journ.*, août 1890).

Déviations du septum nasal, par E. Woakes et W.-J. Walsham (*Sect. of laryng. and rhin. of the Brit. med. Ass. Birmingham*, juillet 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Dilatation nasale forcée, par W. Hill (*Sect. of laryng. and rhin. of the Brit. med. Assoc., Birmingham*, juillet 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Bougies nasales médicamenteuses pour le traitement de la fièvre des foins, du catarrhe, de l'ozène, de la diphtérie nasale, etc., par Scanes Spicer (*Sect. of laryng. and rhin. of the Brit. med. Ass. Birmingham*, juillet 1890 ; in *Brit. med. Journ.*, 13 septembre 1890).

Diseases of the nose and its accessory cavities, with special sections of diseases of the skin of the nose, on injuries, on rhinoplastic operations and on ear affections in their relation to intra-nasal diseases. Maladies du nez et des cavités accessoires, par W. Spencer Watson, avec additions sur les affections cutanées du nez, les traumatismes, les opérations rhinoplastiques et les affections de l'oreille en rapport avec les maladies intra-nasales, par R. Liveing, W. Adams et A. E. Cumberbatch (2e édition avec de nombreuses gravures et des planches lithographiées, H.-K. Lewis, éditeur, *Londres* 1890).

Un nouveau serre-nœud nasal, par Greville Mac Donald (*Brit. med. Journ.*, 20 septembre 1890).

Polype naso-pharyngien de grande taille, par W. Huntley (*Glasgow med. Journ.*, octobre 1890).

Ulcérations du septum nasal, par Thudichum (*West. London med. chir. Soc.*, 3 octobre ; in *Brit. med. Journ.*, 18 octobre 1890).

De la relation de l'asthme avec d'autres affections, par S. West (*Med. Soc. of London*, 10 novembre ; in *Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890).

Ulcération syphilitique du nez, par W. Dale James (*Sheffield med. chir. Soc.*, 6 novembre ; in *Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890).

Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Mark Howell (*West Kent. med. chir. Soc.*, 7 novembre ; in *British med. Journ.*, 22 novembre 1890).

Le chloroforme dans l'obstruction nasale, par Harwey (*Lancet*, 15 novembre 1890).

Occlusion complète de la narine droite par un corps étranger ayant séjourné treize ans dans cette cavité, par D. Reid (*Lancet*, 15 novembre 1890).

Trépanation du septum nasal pour une déviation, par A. Bronner (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 21 novembre ; in *Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1890).

Des déviations et des crêtes du septum nasal, par E.-J. Moure et Bergonié (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1890).

Ozène et quelques autres formes de rhinites, par W. Spencer Watson (*Lancet*, 4 octobre 1890).

Rhinolithe, par N. Falkiner (*Royal acad. of med. in Ireland*, 20 février ; in *Brit. med. Journ.*, 7 mars 1891).

Déviations du septum nasal, par J. Sedziak (*Journ. of laryng. and rhinol.*, mars et avril 1891).

Le rhinomètre ; une sonde naso-pharyngienne, par Blake (*Lancet*, 21 février 1891).

Cas d'asthme avec polypes et hypertrophie des cornets. Opération ; guérison, par Cholmeley et Spencer Watson (*Lancet*, 21 février 1891).

Polype malin du nez, par A. E. Barker (*Pathol. Soc. of London*, 17 mars ; in *Brit. med. Journ.*, 21 mars 1891).

Manuel des maladies du nez et de la gorge comprenant le nez, le naso-pharynx et le larynx, par P. S. Hutchinson (H. K. Lewis, éditeur, *Londres* 1891).

Nouvelle méthode d'irrigation nasale, par J. B. Ball (*Lancet*, 14 mars 1891).

Cinq cas d'affections des sinus frontaux, par J. Halke (*Lancet*, 14 mars 1891).

Rhinite atrophique chronique, par F. de Havilland Hall (*Med. Soc. of London*, 6 avril ; in *Brit. med. Journ.*, 11 avril 1891).

Pharynx et Varia.

Compte rendu d'une épidémie d'amygdalites diphtéritiques au collège d'Eton en septembre 1889, par J. W. Gooch (*British med. Journ.*, 1er mars 1890).

Développement du lobe thyroïdien droit ; ablation suivie de guérison, par Jallaud (*British med. Journ.*, 1er mars 1890).

Cancer du corps thyroïde, par J. W. Smith (*British med. Journ.*, 1er mars 1890).

Deux cas de tumeur glandulaire de la langue, par Butlin (*Clin. Soc. of London*, séance du 28 février ; in *Brit. med. Journ.*, 8 mars 1890).

Maladie de Graves, par Gwynne (*Sheffield med. chir. Soc.*, séance du 27 février ; in *Brit. med. Journ.*, 8 mars 1890).

Nécrose du pharynx, par Colcott Fox (*Med. Soc. of London*, séance du 17 mars ; in *British med. Journ.*, 22 mars 1890).

Epithélioma de la langue, par Blumar (*Staffordshire Branch of the British med. Assoc.*, séance du 27 février ; in *British med. Journ.*, 22 mars 1890).

Cancer de l'œsophage pénétrant dans la trachée, par W.-J. Collins (*Pathol. Soc. of London*, séance du 1er avril ; in *British med. Journ.*, 5 avril 1890).

Nævus lymphatique de la langue, par J. Hutchinson (*Pathol. Soc. of London*, séance du 1er avril ; in *British med. Journ.*, 5 avril 1890).

Epithélioma de l'amygdale, par W. Thorburn (*Manchester med. Soc.*, séance du 2 avril ; in *British med. Journ.*, 19 avril 1890).

On the symptoms connected with the circulation in diphteria. Des symptômes alliés à la circulation dans la diphtérie, par Sidney Phillips (*Harveian Soc. of London*, séance du 17 avril ; in *British med. Journ.*, 26 avril 1890).

Cicatricial stricture at the lower parth of the œsophagus. Rétrécissement cicatriciel de la partie inférieure de l'œsophage, par Annandale

(*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, séance du 5 février; in *Edinburgh med. Journ.*, mai 1890).

Epithelioma primarily affecting the tonsil. Épithélioma primitif de l'amygdale, par J. Walker Downie (*British med. Journ.*, 3 mai 1890).

Rétrécissement de l'œsophage, par Rivington (*Hunterian Soc.*, séance du 23 avril; in *British med. Journ.*, 3 mai 1890).

Un cas d'inflammation idiopathique de la langue, par Allen Mac Culloch (*British med. Journ.*, 10 mai 1890).

Amygdales supplémentaires, par J. Donelan (*British med. Journ.*, 17 mai 1890).

Épithelioma primitif de l'amygdale, par A. Sheen (*British med. Journ.*, 17 mai 1890).

Fibrochondrome de la langue, par J. Berry (*Path. Soc. of London*, 20 mai; in *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890).

Adhesion of the soft palate to the pharynx, the result of syphilis Adhérence du voile du palais au pharynx résultant de la syphilis, par E. J. Lane (*Harveian Soc. of London*, 15 mai; in *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890).

Micro-organismes diphtéritiques, par M'Weeney. (*Royal acad. of med. in Ireland*, 2 mai; in *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890).

Removal of a very large tumour from the neck, probably a diseased accessory thyroïd: recovery. Ablation d'une très volumineuse tumeur du cou probablement secondaire à une affection de la glande thyroïde; guérison, par A. E. Barker (*Brit. med. Journ.*, 21 juin 1890).

Un cas de sarcome de l'amygdale, par G. Hunter Mackenzie (*British med. Journ.*, 21 juin 1890).

Un cas de sarcome primitif de l'amygdale gauche, par Walker Downie (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, 4 avril; in *Glasgow med. Journ.*, juillet 1890).

Deux cas de langue noire, par Stoker (*Brit. laryng. and rhin. Ass.*, 13 juin; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1890).

A case of very slight diphtheria succeeded by severe paralysie. Un cas de diphtérie très légère suivi d'une paralysie grave, par W. Gayton (*Brit. med. Journ.*, 19 juillet 1890).

Note préliminaire sur les fausses membranes diphtéritiques, par A. Ruffer (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet 1890).

Corps étranger du voile du palais, par T. Stevenson (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet 1890).

Un cas de sarcome primitif de l'amygdale. Traitement par l'électrolyse Mort, par Holger Mygind (*Journ. of laryng. and rhinol.*, août 1890).

Sur un cas de cancer de l'œsophage envahissant le nerf récurrent laryngé et le corps de la dernière vertèbre dorsale, par J. Finlayson et J. Coats, avec une note sur la paralysie des cordes vocales provoquée par une affection maligne de l'œsophage, par Macintyre (*Glasgow med. Journ.*, septembre 1890).

Ténesme pharyngien et de la gorge, par Lennox Browne (*Sect. of laryng. and rhin. of the Brit. med. Ass.*, *Birmingham*, juillet 1890; in *Brit. med. Journ.*. 12 septembre 1890).

Hypertrophie congénitale du corps thyroïde; extirpation, guérison. par Lennox Browne (*Lancet*, 9 août 1890).

An epidemic of sore-throat and erysipelas referred to infection by milk. Une épidémie d'ulcérations du gosier et d'érysipèle causée par une infection amenée par le lait, par W. Hunter (*Glasgow med. Journ.*, octobre 1890).

Gangrène du pharynx et du voile du palais, par S. Gee (*St. Barth. hosp. rep.*, page 75, 1890).

Hémiatrophie de la langue, par E. Trevelyan (*Brain.*, avril 1890).

Notes sur la diphtérie chez l'animal et chez l'homme. Résumé des ob-

servations prises pendant une épidémie à Buenos-Ayres, par J.-T.-R. Davison (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre 1890).

Cancer de la langue, par Robertson (*Northumberland and Durham med. Soc.*, 9 octobre; in *Brit. med. Journ.*, 25 octobre 1890).

Thyroïdectomie, par Mayo Robson (*Leeds and West Riding. med. chir. Soc.*, 10 octobre; in *Brit. med. Journ.*, 25 octobre 1890).

On a method of closing cleft of the hard palate by operation. D'une méthode d'operation pour la perforation de la voûte palatine, par J.-N. C. Davies Colley (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre 1890).

Causes de la diphtérie des animaux et de l'homme à Buenos-Ayres, par M. W. Taylor (*Brit. med. Journ.*, 1er novembre 1890).

Les amygdales et le tissu adénoïde du pharynx (*Journ. of laryng. and rhinol.*, novembre 1890).

Glande caséeuse s'ouvrant dans l'œsophage, par Vœlcker (*Path. Soc. of London*, 18 novembre; in *Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1890).

Maladie de Graves, par A. Davies (*Hunterian Soc.*, 12 novembre; in *Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1890).

Cancer de la langue, par Marmaduke Sheild (*Med. Soc. of London*, 24 novembre; in *Brit. med. Journ.*, 29 novembre 1890).

Maladie de Graves, par Sanson (*Med. Soc. of London*, 24 novembre; in *Brit. med. Journ.*, 29 novembre 1890).

Tumeurs dermoïdes de la langue, par A. Barker (*Clin. Soc. of London*, 28 novembre 1890; in *Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1890).

Sur la nature des amygdales et du tissu lymphoïde du pharynx, par Mayo Collier (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1890).

Tumeur du cou envahissant l'œsophage et la trachée, par J. Cahill (*Pathol. Soc. of London*, 16 décembre; in *Brit. med. Journ.*, 20 décembre 1890).

Varices œsophagiennes comme cause d'hématémèse dans la cirrhose du foie, par T. Stacey Wilson avec observations, par J. R. Ratcliffe (*Brit. med. Journ.*, 27 décembre 1890).

Rétrécissement syphilitique de l'œsophage, par A. Kempe (*South Western Branch of the Brit. med. Ass.*, 17 octobre; in *Brit. med. Journ.*, 27 décembre 1890).

Malformation congénitale de l'œsophage, par J. Foster Vince (*Brit. med. Journ.*, 3 janvier 1896).

Observations sur la méthode de traitement de Koch pendant une visite à Berlin, par W.-C. Philp (*Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1891).

La méthode de traitement de Koch, par Macintyre (*Journ. of laryng. and rhinol.*, janvier 1891).

Affection maligne de l'œsophage vue au moyen du laryngoscope, par H. Montgomerie (*Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1891).

Un cas de lymphadénome affectant les amygdales, par Kendal Franks (*Brit. laryng. and rhin. Ass.*, *Londres*, 28 novembre 1890, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1891).

Observation d'un cas de possibilité d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, comme facteur étiologique de papillomes chez les enfants, par Lennox Browne (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, *Londres*, 28 novembre 1890; in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1891).

Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par A.-R. Anderson (*Nottingham méd. chir. Soc.*, 7 janvier; in *Brit. med. Journ.*, 17 janvier 1891).

Traitement de la diphtérie, par E.-M. Knapp (*Brit. med. Journ.*, janvier 1891).

Diverticule de l'œsophage, par T. F. Chavasse (*Pathol. Soc. of London*, 29 janvier; in *Brit. med. Journ.*, 24 janvier 1891).

Cas d'affection maligne de l'œsophage, avec perforations de la trachée

et des bronches. Mort, par G. Hunter Mackenzie (*Journ. of lar. and rhin.*, février 1891).

Lupus du palais et du larynx, par Barling (*Midland med. Soc.*, 14 janvier ; in *Brit. med. Journ.*, 7 février 1891).

Histoire et prophylaxie de la diphtérie, par B. Thorne Thorne (*Brit. med. Journ.*, 21 et 28 février, 7 et 14 mars 1891).

Cas d'œsophagotomie, par T.-H. Morse (*Brit. med. Journ.*, 21 février 1891).

Deux cas dans lesquels la dyspnée et la dysphagie ont été des symptômes dominants. Un cas d'anévrysme simulant un rétrécissement de l'œsophage ; un cas d'épithélioma de l'œsophage simulant un anévrysme de l'aorte, par D. Newman (*Glasgow med. Journ.*, mars 1891).

Trois cas de rétrécissement de l'œsophage traités par la gastrostomie, par D. Newman (*Glasgow med. Journ.*, mars 1891).

Le traitement de la diphtérie, par Vernon Jones (*Brit. med. Journ.*, 7 mars 1891).

Affection maligne de l'œsophage, par Lauriston Shaw (*Pathol. Soc. of London*, 17 mars ; in *Brit. med. Journ.*, 21 mars 1891).

Amygdalite compliquée de pérityphlite, par F. R. Humphreys (*Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891).

Traitement de la diphtérie, par A.-H. Frere (*Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891).

Rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie, par J. Duncan (*Edinburgh med. Journ.*, avril 1891).

20 cas traités par la tuberculine, par sir Morell Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhin.*, avril 1891).

Cas d'œsophagotomie chez un aliéné, par Sandford (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 20 mars ; in *Journ. of lar. and rhin.*, avril 1891).

Paralysie postdiphtéritique du palais, par Mayo Collier (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 28 mars ; in *Journ. of lar. and rhin.*, avril 1891).

Œsophagotomie pour corps étrangers, par O.-T. Woods (*Cork med. and surg. Ass.*, 25 mars ; in *Brit. med. Journ.*, 23 avril 1890.)

NOUVELLES

Notre très distingué collaborateur et ami, le Dr M. Lermoyez, vient d'être nommé, à la suite du dernier concours, médecin des hôpitaux de Paris.

Le XIVe congrès de l'*Association médicale italienne* se tiendra à Sienne du 16 au 21 août 1891. La cinquième section comprendra l'ophthalmologie, l'otologie, la laryngologie et la rhinologie.

Nous lisons dans la *Revue de Laryngologie* que le Dr Ad. Bronner vient d'être chargé du service laryngologique de l'hôpital de Bradford.

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue mensuelle de l'École d'anthropologie de Paris* publiée par les professeurs. Cette publication est éditée chez F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose. — Les questions mises à l'ordre du jour de ce congrès, qui aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacées et autres animaux.

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose.

3° De l'hospitalisation des tuberculeux.

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale.

5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

N.-B. — Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 fr. à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

Ce qui concerne les communications à M. le Dr L.-H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

La Société française d'otologie et laryngologie s'est réunie le lundi 4 mai, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Ordre du jour.

1. *Miot.* — De certaines surdités dans l'otite moyenne sèche et des moyens d'y remédier.

2. *Wagnier.* — Otorrhée et végétations adénoïdes.

3. *Suarez de Mendoza.* — Traitement des suppurations de l'oreille moyenne par l'acide phénique pur à l'état déliquescent.

4. *Noquet.*—Quelques considérations sur la syphilis tertiaire des fosses nasales.

5. *Lavrand.* — Un cas de guérison d'un érysipèle de la face à répétition.

6. *Moure.* — Empyème chronique de l'antre d'Highmore et faux empyème.

7. *Madeuf.* — Sur le meilleur traitement à suivre pour éviter le coryza chronique après l'ablation des végétations adénoïdes.

8. *Raulin.* — Hypertrophie de la muqueuse de la partie postérieure de la cloison et enrouement.

9. *Garel.* — Disparition spontanée du papillome chez l'enfant.

10. *Lacoarret.* — Des arthrites aiguës dans le larynx.

11. *Suarez de Mendoza.* — Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte.

12. *Massei.* — Intubation du larynx.

13. *Raugé.* — Présentation de photographies de larynx normaux.

14. *Suarez de Mendoza.* — Observation d'un polype laryngien enlevé à l'aide d'une nouvelle pince antéro-postérieure permettant de voir le champ opératoire pendant tout le temps de l'opération.

15. *Madeuf.* — Présentation d'un malade, âgé de 23 ans, atteint d'épithélioma.

La prochaine réunion des *Otologistes et Laryngologistes belges* aura lieu sous la présidence du Dr Capart, le 17 mai, à deux heures, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles (salle de clinique des maladies de la gorge).

Nous lisons dans le *Journal of Laryngology and Rhinology* que le Dr J. Macintyre vient d'être chargé du cours des maladies de la gorge et du nez, au « Collège Anderson », de Glasgow.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par Lennox Browne, traduit et annoté par D. Aigre, préface de A. Gouguenheim. (Un volume de 654 pages, avec 2 planches en couleur et 242 figures intercalées dans le texte; prix : 12 fr., J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1891.)

Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin (Premier compte rendu de la section otologique de la policlinique générale de Turin, par G. Gradenigo. (Extrait des *Archiv f. Ohrenh.*, Bd XXXI, 1891.)

Hypertrophy of the pharyngeal tonsil (Hypertrophie de l'amygdale pharyngée), par E. Flechter Ingals. ((Extrait du *Medical News*, 21 mars 1891.)

Hemiatrophia linguæ of intra-cranial origin (Hémiatrophie linguale d'origine intra-cranienne), par H.-S. Birkett. (Extrait du *Montreal med. Journ.*, mars 1891.)

Rouge's operation for the removal of a nasal sequestrum (Opération de Rouge pour l'ablation d'un séquestre nasal), par C.-H. Knight. (Extrait du *Medical News*, 3 janvier 1891.)

Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique (3e et 4e amygdales), par E.-J. MOURE et V. RAULIN. (Tirage à part de la *Revue de laryng., otolog. et rhinol.*, nos 6, 7, 1891.)

Diagnostico y tratamiento de las vegetaciones adenoides, par R. BOTEY. (Un volume de 70 pages, typog. P. Ortega, Barcelone, 1891.)

Diseases of the ear (Maladies de l'oreille), par J. DUNDAS GRANT. (Extrait de *The Medical Annual*, 1891.)

Compression of the vertebral artery in relation to pulsating tinnitus aurium (Compression de l'artère vertébrale en relation avec le tintement pulsatile des oreilles), par J. DUNDAS GRANT. (Extrait du *British med. Journ.*, 24 décembre 1887.)

A case of intrinsic cancer of the larynx treated by thyrotomy (Un cas de cancer intrinsèque du larynx traité par la thyrotomie), par J. DUNDAS GRANT. (Extrait du *British med. Journ.*, 28 mars 1891.)

Ein neuer Meissel und neue scharfe Lœffel für die Nase, sowie eine neues Tretgebläse mit Luftreinigungskapsel (Un nouveau ciseau et une nouvelle cuiller tranchante pour le nez, ainsi qu'une nouvelle pédale avec une capsule pour purifier l'air), par M. BRESGEN. (Tirage à part de la *Deuts. Med. Wochens.*, n° 16, 1891.)

De l'étiologie et du traitement de l'otite moyenne aiguë, par G. GRADENIGO. (Extrait de la *Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, Paris, 1891.)

Zur chirurgischen Behandlung der acuten Paukenhœhlenentzündung (Traitement chirurgical des inflammations aiguës de la cavité du tympan), par S. SZENES. (Tirage à part du *Centralblatt f. gesam. Therap.*, H. V, mai 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 57.5.91.

Juin 1891. — N° 6.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DU CHOLESTEATOME DE L'OREILLE AU POINT DE VUE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE

Par le Dr **ADAM POLITZER**, professeur d'otologie à l'Université de Vienne.

(*suite et fin*) (1).

Je puis confirmer, par toutes les données de mes observations, le fait, constaté par Bezold et Morpurgo, de la coïncidence de l'existence des masses cholestéatomateuses avec celle de la perforation de la membrane de Shrapnell. En effet, dans aucune forme de perforation de la membrane du tympan, on ne peut aussi minutieusement poursuivre l'invasion de l'épiderme du conduit auditif à travers l'ouverture de la perforation, que dans celle de la destruction de la membrane de Shrapnell.

Bezold cherche la cause déterminante de cette altération dans des catarrhes de la trompe, coïncidant avec l'engorgement du canal de cette trompe, qui a pour effet la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne et, finalement, la déchirure de la membrane de Shrapnell, par suite de tension excessive. Alors, l'épiderme du conduit auditif peut se proliférer à travers l'ouverture produite par la déchirure, jusque dans la cavité de Prussak, et de là vers les espaces supérieurs de la cavité tympanique et dans la direction de l'antre mastoïdien. Des accumulations successives de *cou-*

(1) Voir n° d'avril 1891, page 245.

ches épidermiques dans les susdites cavités aboutiraient finalement à la formation des cholestéatomes.

Des raisons tirées de mes observations cliniques m'empêchent d'adhérer à cette opinion, aucune des nombreuses observations relatives à des cas de catarrhes de la trompe n'ayant permis jusqu'à présent de constater la production de perforation de la membrane de Shrapnell pendant l'observation de ces catarrhes. Je suis au contraire persuadé que, sauf de rares exceptions, la perforation de la *membrana flaccida* ne se produit généralement qu'à la suite d'inflammations suppuratives du revêtement de l'oreille moyenne, transmises de la cavité du naso-pharynx. L'épiderme du conduit auditif pénétrera d'autant plus facilement à travers l'ouverture périphérique de la membrane du tympan que, comme on le sait, de la paroi supérieure du conduit auditif, une couche plus épaisse de peau et d'épiderme se dirige vers la partie supérieure de la membrane du tympan, et qu'ainsi il se produit une masse d'épiderme bien plus considérable en cet endroit que le long de toutes les autres parois du conduit auditif.

Nous avons un exemple frappant de formation secondaire de cholestéatome dans les espaces supérieurs de la cavité tympanique, coïncidant avec la perforation de la membrane de Shrapnell, dans une préparation de ma collection provenant d'une femme de soixante-quinze ans, presque complètement sourde, morte à la suite d'un ramollissement du cerveau, préparation dans laquelle, derrière la membrane perforée de Shrapnell, une partie de la margelle tympanique est détruite sur une étendue de 3 centimètres, découvrant ainsi la partie postérieure de l'attique externe.

C'est dans ces conditions que l'épiderme du conduit auditif externe a pénétré dans cette dernière cavité et a donné naissance à un cholestéatome de la grosseur d'un pois, qui pousse devant lui, derrière le marteau-enclume, la muqueuse de la caisse du tympan. Que l'on se trouve ici en présence d'un cholestéatome ayant pénétré du conduit auditif externe à travers la membrane de Shrapnell perforée et la margelle tympanique détruite, c'est ce qui se déduit de

l'examen attentif de la préparation, vue de la partie supérieure de la caisse, de la pression opérée par la tumeur sur la muqueuse de la caisse ainsi repoussée vers l'intérieur, et de ce que l'on ne peut constater le moindre changement pathologique dans aucune des autres parties de l'oreille moyenne.

En opposition avec les cas décrits jusqu'ici, se présentent, à la suite de suppurations de l'oreille moyenne, ceux assez fréquents dans lesquels la muqueuse de l'oreille, complètement mise à nu, offre un aspect normal, malgré l'existence très ancienne de grandes perforations sèches de la membrane du tympan, cas dans lesquels, malgré ces conditions si favorables à l'invasion de l'épiderme du conduit auditif, il n'existe pas d'accumulations d'épithélium dans l'oreille moyenne. Mais bien que dans un grand nombre de ces cas il ne se produise pas de poussée en avant appréciable de l'épiderme du conduit auditif vers la cavité du tympan, je dois cependant faire observer que, dans beaucoup de préparations, dans lesquelles on ne pouvait macroscopiquement constater aucune trace de couches épidermiques dans la caisse du tympan, il m'a été facile de démontrer par des coupes microscopiques comment l'épiderme du conduit auditif se propage à la paroi interne de ladite caisse du tympan.

Il s'ensuit que les formations d'épiderme proliféré, en forme de cul-de-sac, déjà décrites plus haut, et l'invasion de l'épiderme dans la caisse du tympan, ne suffisent pas à amener la formation de masses cholestéatomateuses, mais que la naissance des accumulations épidermiques dans l'oreille moyenne résulte *en partie d'une prolifération excessive de l'épiderme dans le conduit auditif* et, en partie, *d'une desquamation plus forte du revêtement de l'oreille moyenne*. Là où ces deux conditions d'existence font défaut, il ne se produira pas, même dans les circonstances les plus favorables, d'accumulation épidermique dans l'oreille moyenne.

A l'appui de cette thèse, je citerai l'exemple frappant d'un cas que j'ai observé il y a peu de temps, à ma clinique ; il

s'agissait d'un ouvrier de trente-cinq ans, atteint en 1882 d'une suppuration de l'oreille moyenne gauche, chez lequel on procéda, quatre ans plus tard, à l'ouverture de l'apophyse mastoïde pour en détacher un sequestre. Deux ans après l'opération, la suppuration s'arrêta complètement, mais en laissant subsister à la surface extérieure de l'apophyse une ouverture fistuleuse, de la grandeur d'un centimètre carré et demi.

Lors de l'examen pratiqué, cinq ans après, l'on trouva le conduit auditif sec, lisse, sans prolifération épidermique, la membrane du tympan complètement disparue, sauf une petite parcelle autour de la courte apophyse du marteau, la paroi interne de la cavité tympanique d'apparence normale, de même que les niches très nettement marquées des fenêtres. En regardant à travers l'ouverture fistulaire qui se trouve à l'apophyse mastoïdienne, on constate l'existence d'une cavité qui occupe à peu près les deux tiers de l'étendue de l'apophyse, et l'on aperçoit toute la cavité tympanique, dans laquelle on reconnaît encore ce qui reste du marteau et la place conservée de l'embouchure de la trompe d'Eustache, close par une membrane.

Toute la cavité est revêtue d'une membrane lisse, brillante, sur laquelle on ne peut pas constater la moindre trace de desquamation épithéliale ; malgré la grande perte de substance de la membrane du tympan et l'existence de l'ouverture fistulaire dans l'apophyse mastoïde, la cavité distendue de l'oreille moyenne était restée libre de toute accumulation épidermique.

Si donc, d'après tout ce qui précède, l'on ne peut plus mettre en doute l'origine secondaire de cholestéatomes et de masses cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne, et si encore, dans certains cas particuliers, par exemple dans ceux d'accumulations dans la cavité de Prussak et dans l'attique externe, toute la matière de formation du cholestéatome est fournie par l'épiderme envahissant du conduit auditif externe, on ne peut dire pour cela qu'il en soit de même dans tous les cas de cholestéatomes survenus à la suite de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, notamment

dans ceux qui se produisent dans l'antre mastoïdien et dans les cellules mastoïdiennes.

L'apparition fréquente dans ces formations de cellules épidermiques sans noyau rend déjà vraisemblable le développement localisé de ces masses, qui ne sauraient être considérées comme les produits de l'invasion de cellules proliférées; car c'est un fait acquis, au moins dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'examiner, que les cellules épidermiques du conduit auditif sont toutes à noyau. La production locale d'éléments épidermiques propres dans la cavité tympanique et dans l'apophyse mastoïde ne peut avoir lieu que lorsque la muqueuse de l'oreille moyenne est elle-même épidermisée. En effet les recherches de Steinbrügge (de la clinique de Moos) et celles de Kuhn ont établi que la paroi osseuse de la cavité qui contient du cholestéatome est revêtue d'une membrane sur laquelle on aperçoit très distinctement un véritable réseau de Malpighi, et à sa surface des cellules épidermiques très prononcées. Cette transformation complète de la muqueuse de l'oreille moyenne ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une altération profonde de la muqueuse, et nous constatons en effet, pendant et après la suppuration, une infiltration de cellules rondes, jointe à une hypertrophie papillaire, ou, comme issue de l'inflammation, un épaississement par de nouvelles formations de tissu cellulaire, un gonflement, une atrophie de cette muqueuse.

A mon avis, l'épidermisation de la muqueuse de l'oreille moyenne a lieu le plus souvent sous l'*influence de la continuité de communication, créée par la perforation de la membrane du tympan, entre l'oreille moyenne et le revêtement du conduit auditif externe*, d'une part sous l'action de l'invasion de l'épiderme de ce conduit auditif et de son réseau de Malpighi dans la caisse du tympan. Cette thèse se confirme par le fait que dans les cavités latérales du nez, par exemple dans l'antre d'Highmore, dans le sinus frontal, dont le revêtement est à peu près analogue à celui de la cavité tympanique, et qui présente les mêmes changements pathologiques que celle-ci, c'est chose extrêmement rare que de constater des accumulations cholestéatomateuses. Je ne

saurais adhérer à l'opinion de Steinbrügge, dont le nouvel ouvrage : « De l'anatomie pathologique de l'organe auditif, 1891, » m'arrive à l'instant, lorsqu'il prétend que la constitution papillaire de la peau épidermisée est le résultat de l'invasion de l'épithélium dudit conduit dans la caisse du tympan ; car j'ai à diverses reprises trouvé la muqueuse parsemée, jusque dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes, de nombreuses papilles en forme de villosités dans des préparations dans lesquelles, à côté d'une sécrétion purulente, l'on ne pouvait constater la moindre trace de formation d'épiderme dans l'oreille moyenne.

Il est vrai que l'on n'a pas encore pu démontrer anatomiquement la transformation métaplastique de l'épithélium de la caisse du tympan en cellules épidermiques ; et cependant l'on ne saurait, quant à présent du moins, en contester la réalité au point de vue des changements similaires et analogues qui se produisent sur d'autres muqueuses.

Schmiegelow, qui prend parti pour cette opinion (V. *Zeits. f. Ohrenh.*, vol. XIX), s'est rapporté à l'assertion de Billroth, qui prétend (*Clinique allemande*, 1855) que l'épithélium cylindrique de la muqueuse revêt, sous l'action de certaines influences, un caractère épidermique, ainsi qu'aux observations relevées par Schuchard, qui dans un cas d'ozène simple a constaté sur des parties de muqueuse extirpées du cornet du nez l'existence d'épithélium pavimenteux au lieu d'épithélium cylindrique.

Cette opinion trouve encore sa confirmation dans ces cas certainement rares dans lesquels des accumulations épidermiques de cette nature se forment dans le sinus frontal à la suite de catarrhes chroniques.

Dans un cas d'ouverture du sinus frontal rapporté, il y a deux ans, par le professeur Weinlechner à la Société médicale de Vienne, on détacha de ce sinus de grandes masses d'épiderme, par conséquont d'une cavité dans laquelle il ne saurait jamais être question d'une invasion quelconque de l'épiderme.

Il en est de même encore des cas dans lesquels des masses de cholestéatome s'accumulent dans l'apophyse mastoïde

sans que l'on puisse constater des signes quelconques de desquamation dans le conduit auditif externe et dans la cavité tympanique.

Quant aux *cholestéatomes primitifs de l'os temporal*, leur apparition doit être considérée, au point de vue clinique, comme infiniment inférieure en nombre à celle des accumulations épidermiques secondaires. Les annales médicales ne contiennent que fort peu de cas que l'on puisse vraiment qualifier de cholestéatomes primaires. Les cas décrits par Virchow (*loco citato*, 1855) nous laissent en partie dans le doute sur le point de savoir si les tumeurs provenant de l'os du rocher ont, au cours de leur croissance, percé la paroi de la cavité du tympan, ou si, à l'inverse, ces tumeurs, sortant de l'oreille moyenne, ont entamé et rongé peu à peu la masse osseuse de l'os du rocher. Dans les cas qui se rattachent à des changements destructifs dans la cavité tympanique et dans la membrane du tympan, il ne sera guère possible le plus souvent à l'anatomo-pathologiste ni au clinicien de déterminer d'une façon précise s'il y a dans l'os temporal un cholestéatome primitif ou secondaire. Il ne pourra jamais être question de cholestéatome primitif que là où le cholestéatome se développe dans la cavité de l'oreille moyenne, sans qu'il y ait perforation de la membrane du tympan et sans destruction de substances osseuses, mais en laissant apercevoir une surface irisée libre et lisse. Lucæ (conférences de la Société médicale de Berlin, 1886) a décrit un de ces cas rares de choléstéatome de la cavité tympanique sans traces d'une inflammation suppurative quelconque et sans suppuration de la membrane du tympan.

Plusieurs autres cas, indiqués par Lucæ, Schwartze, Urbantchitsch, Kuhn et autres, dans lesquels il n'y aurait eu, d'après eux, aucune affection de l'oreille antérieure, et il se serait produit, au milieu de phénomènes inflammatoires aigus, une perforation de la membrane du tympan avec sortie de masses choles'éatomateuses hors de la caisse, laissent à la vérité conclure à une formation primitive de ces masses dans l'oreille moyenne, sans exclure cependant la possibilité de cette formation de cholestéatome

à la suite d'une affection antérieure de l'oreille moyenne.

Tel est encore le cas décrit par Kuhn, concernant un homme de 51 ans, chez lequel il s'était produit depuis un an, du côté gauche, des bourdonnements d'oreille, des étourdissements et de la dureté d'ouïe, et dans l'organe auditif duquel il se développa, à la suite d'un violent refroidissement et sous l'influence de forts symptômes de réaction, une inflammation suppurative de l'oreille moyenne accompagnée de vives douleurs et de la formation d'un abcès dans l'apophyse mastoïde. Après l'ouverture de cette apophyse, on constata la présence d'un cholestéatome de la grosseur d'un œuf de poule, et après l'enlèvement de cette masse, celle d'une cavité de la grandeur d'un poing d'enfant environ, dans laquelle, le sinus latéral et une partie du segment antérieur et inférieur du cervelet avec le revêtement intact de la dure-mère étaient visibles. Kuhn est d'avis que l'on s'est trouvé ici en face d'un cas de cholestéatome primitif dans l'apophyse mastoïde.

Dans la catégorie des cholestéatomes primitifs provenant de la muqueuse malade elle-même, il convient de comprendre les cas dans lesquels la tumeur se développe au cours d'inflammations suppuratives de l'oreille moyenne, dans les anfractuosités, revêtues d'épithélium, de la muqueuse hypertrophiée de la caisse, à la suite de l'occlusion des ouvertures de ces anfractuosités secondaires et où l'épithélium renfermé dans ces cavités en forme de kystes continue à y proliférer.

Toute une série d'examens microscopiques, se rapportant à ces cas, a été décrite par moi dans mon *Traité de l'oreille*, 2ᵉ édition, page 288, et a reçu la confirmation du témoignage d'autres auteurs. J'ai observé à ma clinique, il y a plusieurs années, un cholestéatome primitif de cette espèce, probablement issu d'un kyste de la muqueuse. Il s'était produit chez une femme morte d'une phlébite du sinus, chez laquelle l'autopsie montra, à côté d'une perforation de la membrane du tympan et d'une formation de polypes dans la cavité inférieure de la caisse, un cholestéatome en forme de fève, recouvert d'une pellicule irisée dans la cavité supérieure du

tympan. L'extrémité postérieure de la tumeur pénétrait dans l'antre mastoïdien, empêchait l'écoulement du pus hors de cette cavité et occasionna ainsi une otite septique de la paroi osseuse du sinus, suivie de phlébite dudit sinus. L'extrémité antérieure libre du cholestéatome est dirigée vers l'embouchure de la trompe d'Eustache sans cependant la boucher. Comme, dans ce cas, le cholestéatome a son siège en dedans de l'articulation du marteau-enclume et que l'on ne saurait dès lors établir le rattachement de cette tumeur délimitée, recouverte d'une pellicule, à l'épithélium du conduit auditif externe, il faut admettre la vraisemblance du développement de cette tumeur sur la muqueuse même de la caisse du tympan.

D'après tout ce qui vient d'être dit sur le développement du cholestéatome de l'oreille, nous sommes obligé de convenir que nous sommes encore bien loin de pouvoir considérer comme close l'instruction sur la genèse de ces formations dans l'oreille, et qu'il faudra encore bien des observations anatomiques et cliniques pour faire définitivement la lumière sur cette question de si haute importance pour la pathologie de l'organe de l'ouïe.

Nous sommes maintenant amené à traiter des particularités cliniques des accumulations cholestéatomateuses dans l'os temporal, en commençant par en examiner la marche, les symptômes et les suites.

L'on a déjà fait remarquer antérieurement que les accumulations d'épiderme dans l'oreille se produisent fréquemment au cours d'affections suppuratives, mais plus souvent encore après la cessation de la suppuration.

Dans le premier cas, l'on a constaté comme changements objectivement établis et démontrés : la formation multiple dans la caisse de polypes empêchant l'écoulement, l'hypertrophie polypoïde de la muqueuse de la caisse, de petites perforations dans le quadrant postérieur et supérieur de la membrane du tympan ou dans celle de Shrapnell. Les produits de la desquamation apparaissent presque toujours, dans ces cas, sous la forme de masses informes, globuleuses, non formées de couches. Leur présence dans les baies de

l'oreille moyenne est toujours la cause de la durée persistante, rebelle à tout traitement, de la suppuration de l'oreille moyenne. Après expulsion spontanée ou enlèvement de ces masses, l'on remarque souvent une guérison durable de la suppuration; il se produit cependant fréquemment aussi des récidives, surtout lorque les causes de la reproduction des masses telles que : desquamation persistante, rétention de sécrétion, continuent à subsister, ce qui a aussi lieu dans les cas de cholestéatome produits après la cessation de la suppuration. Dans ces cas, l'invasion épidermique, même la desquamation, peuvent aller jusqu'à la formation d'impasses, et persistent sous cette forme sans même l'adjonction d'accumulations ultérieures. Dans d'autres cas, il se produit des accumulations informes ou par couches, soit permanentes, soit très promptement reformées, de sorte que plusieurs semaines après avoir radicalement enlevé de grandes masses de ces formations l'on retrouve la caisse tapissée à nouveau de masses rapidement proliférées.

Les accumulations cholestéatomateuses dans l'os temporal peuvent subsister, bien des années après la cessation des suppurations de l'oreille moyenne, sans symptômes morbides et sans avoir de conséquences fâcheuses pour l'état général de la santé. Cependant, dès qu'elles se compliquent de la présence d'une irritation extérieure telle, par exemple, que la pénétration d'un liquide dans le conduit auditif, ou après l'action de vapeur d'eau qui y pénétrerait à la suite de bains de vapeur (Moos), il peut se produire dans les parties profondes de l'os temporal un gonflement rapide des masses épidermiques accompagné de symptômes de réaction très violents, des inflammations capables d'amener ou la sortie spontanée du cholestéatome à travers l'ouverture de la membrane du tympan, ou bien l'expulsion de ces masses cholestéatomateuses dans différentes directions de l'os temporal.

Il peut ainsi arriver que des cholestéatomes de l'apophyse mastoïde, ou bien se font jour au dehors à travers la corticalis, ou en avant à travers la paroi postérieure du conduit auditif, à la suite de quoi les symptômes menaçants dispa-

raissent aussitôt après l'élimination de ces masses. Au contraire, la pénétration du cholestéatome dans la direction de la cavité cérébrale amène la mort soit par méningite et abcès du cerveau (Burckhard-Mérian), soit par phlébite du sinus et pyémie, soit enfin par érosion du sinus et hémorrhagie mortelle.

La mort amenée dans ces cas peut aussi, à défaut de lésions externes, être le résultat du développement d'une inflammation suppurative au fond de l'os temporal, derrière le cholestéatome, suppuration produisant la mort à la suite de la rétention de sécrétion et d'ulcération carieuse. L'apparition de pareilles conséquences fâcheuses du cholestéatome s'explique par la circonstance que, ainsi que Moos le fait justement remarquer, les lamelles épidermiques du conduit auditif et de la caisse seraient un terrain excellent de culture des germes des microorganismes pathogènes importés de l'intérieur.

On n'a de diagnostic certain de la présence d'accumulations cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne que dans les cas dans lesquels les masses épidermiques irisées tantôt blanchâtres, tantôt jaunâtres, se trouvent dans le champ de la vue, et dans lesquels les accumulations concentrées, en remplissant la perforation de la membrane du tympan, résident dans la section inférieure de la caisse. La présence de parcelles d'épiderme qui viendraient à descendre de la cavité supérieure de la caisse dans le champ de vue doit toujours faire soupçonner celle d'accumulations cholestéatomateuses dans cette cavité supérieure de la caisse; une forte prolifération d'épiderme dans le conduit auditif externe, dont l'on peut, lors de l'examen, poursuivre le prolongement jusque dans la cavité tympanique, rend également le diagnostic vraisemblable.

L'on peut de même diagnostiquer la présence de cholestéatomes dans la cavité de Prussak, de celle d'une masse blanche dans la membrane perforée de Shrapnell, masse qui ferait l'effet d'une pâte molle lors du sondage.

Le diagnostic est rendu plus facile par l'apparition, pendant l'observation, de globules d'épiderme expulsés de la

profondeur des cavités, lorsque, à la suite d'injections réitérées de l'oreille moyenne à l'aide des canules dont il sera parlé ci-après, de petits globules d'épithélium granuleux apparaissent fréquemment dans les liquides employés. Ce dernier symptôme est d'une importance toute particulière, tant diagnostique que pronostique, en tant que l'expulsion réitérée de globules de cette nature force à conclure à l'existence, dans l'oreille moyenne, d'un foyer purulent difficilement abordable, et à la persistance prolongée de la suppuration.

Par contre échappent à tout examen diagnostique des cholestéatomes qui ont établi leur siège dans l'apophyse mastoïde ou situés dans la cavité supérieure de la caisse, recouverte d'une pellicule mince. L'on n'arrive le plus souvent à constater leur présence dans la profondeur des cavités de l'oreille, pendant la durée de l'observation de l'affection, qu'à l'occasion de l'émiettement de tumeurs de cette nature , habituellement suivi d'une expulsion des masses cholestéatomateuses à travers la perforation du tympan, ou lors de la sortie de ces masses à travers la table externe de l'apophyse mastoïde ou de leur pénétration dans le conduit auditif externe.

L'on peut conclure à la présence probable de cholestéatomes dans l'apophyse mastoïde dans les cas de desquamation postérieurement constatée dans l'oreille moyenne, notamment dans ceux d'expulsion persistante des globules granuleux et dépôts ci-avant mentionnés, compliqués de douleurs fréquentes et réitérées dans ladite apophyse. C'est là une indication très importante pour l'ouverture opératoire de cette apophyse. Quelquefois le résultat seul de certains procédés manuels, comme, par exemple, celui du lavage de la cavité supérieure de la caisse à l'aide de canules appropriées, peut nous mettre sur la trace de la présence de masses cholestéatomateuses dans les cavités de l'oreille moyenne.

Quant au mode de traitement du cholestéatome dans l'os temporal, tout ce qui vient d'être dit nous fournit à cet égard des indications suffisantes. Il consistera à enlever en

temps opportun les masses cholestéatomateuses partout où leur présence sera reconnue. Le procédé d'enlèvement de ces masses dépendra de la place qu'elles occupent, et devra être différent, suivant qu'elles se trouveront accumulées dans les parties inférieures ou supérieures de la cavité tympanique, ou dans l'espace de Prussak, ou finalement dans l'apophyse mastoïde. La nature de l'opération sera en outre réglée et déterminée par le plus ou moins de grandeur de l'ouverture de la membrane du tympan, ou par la présence ou l'absence d'un rétrécissement dans le conduit auditif externe.

Dans les cas de largeur normale du conduit auditif externe, ou dans ceux de perte de substance suffisamment grande de la membrane tympanique, l'on réussit assez fréquemment à enlever de la cavité inférieure et médiane de la caisse des masses notables de cholestéatome à l'aide de simples et vigoureuses injections qui les font s'écouler au dehors. Mais, partout où ces masses adhèrent d'une façon plus solide aux parois de la cavité tympanique, il devient indispensable de les rendre d'abord plus malléables à l'aide d'un stylet à boutons. Si de simples injections ne suffisent pas, on pourra essayer de faire pénétrer au fond du conduit auditif un petit tube en caoutchouc flexible adapté à la seringue, arrondi à son extrémité antérieure et percé de petits trous, ou bien un tuyau de drainage ordinaire, pour arriver ainsi à expulser les masses épidermiques par l'action plus immédiate et plus puissante du jet d'eau.

Dans les cas de petites perforations de la membrane du tympan, on se sert très utilement, pour l'expulsion des masses en question, d'injections à l'aide de canules de caoutchouc durci, courbées à angle droit, et se terminant en pointes très fines. A la place de seringues, je me sers de petits ballons de caoutchouc, qui permettent le maniement bien plus assuré et moins sensible des injections. L'on arrive de cette façon à expulser de la caisse du tympan, à l'aide de canules introduites à travers l'ouverture de la perforation, des masses considérables d'épiderme. Quand il s'agit d'accumulations existant dans la partie supérieure de

la caisse, je me sers pour les injections ou des canules de Hartmann, ou de canules en caoutchouc durci, avec pointe légèrement recourbée vers le haut. Par le moyen de l'instillation préalable de 10 à 15 gouttes d'une solution à 5 0/0 de chlorhydrate de cocaïne, l'on arrive à diminuer notablement la sensibilité pendant les injections. Dans les derniers temps, je me suis encore servi de canules élastiques, légèrement recourbées à la pointe et confectionnées, d'après mes indications, par le fabricant d'instruments de chirurgie, M. Reiner, de Vienne, canules qui se sont montrées d'un emploi fort avantageux, notamment dans les cas de petites perforations dans le quadrant postérieur et supérieur de la membrane du tympan, puis dans ceux de perforation de la membrane de Shrapnell ; leur introduction dans l'oreille se fait presque sans douleur sensible. Dans les cas particuliers de petites perforations de la membrane du tympan, dans lesquels on n'arrive pas, même malgré des injections réitérées dans l'intérieur de la caisse du tympan, à expulser les masses épidermiques, le recours à des opérations qui ont pour objet l'élargissement de l'ouverture de la perforation à l'aide d'un petit scalpel mince et arrondi est tout naturellement indiqué, ce qui a souvent pour conséquence le nettoyage plus facile de la caisse du tympan.

Si les injections tentées à travers le conduit auditif externe restent sans effet, ou si le rétrécissement du conduit auditif rend ce procédé inapplicable, il faudra faire concourir avec un lavage complet de la cavité tympanique des injections réitérées d'eau chaude ou de solutions de résorcine à 1 0/0 à travers la trompe d'Eustache. Ce procédé amène le ramollissement des masses accumulées et épaissies de la cavité tympanique, et puis, par le seul effet du gonflement de ces masses, produit leur expulsion partielle dans le conduit auditif externe à travers l'ouverture de la membrane du tympan. Des débris de ces masses qui seraient restés dans la caisse seront entraînés au-dehors, si l'ouverture du conduit auditif le rend possible, au moyen de canules introduites par la perforation. L'on peut ainsi combiner avec avantage les deux méthodes, celle du lavage de l'oreille

moyenne à travers la trompe, et les injections venant du côté du conduit auditif externe. Ces nettoyages de l'oreille à travers la trompe devront être continués aussi longtemps que l'on remarquera dans le liquide injecté des globules d'épiderme ou de petits amas globuleux de cette matière.

Les accumulations cholestéatomateuses dans la cavité de Prussak et dans la partie externe de l'attique de la caisse devront être enlevées au moyen de procédés d'une nature particulière. De simples injections venant du conduit auditif externe, de même que des lavages de l'oreille moyenne au moyen du cathéter, restent presque toujours inefficaces, parce que le liquide injecté ne peut, le plus souvent, pénétrer dans les baies et recoins divers de cette partie de l'oreille moyenne. Par contre, on arrive assez souvent à expulser dans le conduit auditif les masses accumulées dans les cavités susdites, au moyen des canules de Hartmann introduites dans la membrane perforée de Shrapnell, ou des canules élastiques ou en caoutchouc dur, droites ou recourbées, que j'ai indiquées. Les canules recourbées que l'on peut employer pour le lavage de l'attique externe, dans toutes les directions, devront, pendant les injections, être tournées alternativement dans tous les sens, vers le haut, vers la partie antérieure et vers la partie postérieure de cette cavité, ce à quoi est le mieux approprié le manche exécuté sur mes indications par M. Reiner, de Vienne.

On peut aussi employer avec avantage ces mêmes canules pour des injections de solutions médicamenteuses dans l'attique externe, dans les cas de desquamation de petits amas granuleux, concomitante avec les sécrétions fétides. Les plus efficaces de ces remèdes m'ont paru être des solutions de résorcine (de 2 à 3 0/0) et d'autres de sublimé (1/2 pour mille); — moins avantageuses sont celles d'acide borique, d'acide phénique et de lysole. Après chaque lavage antiseptique ainsi effectué, l'on doit faire écouler tout ce qui reste du liquide injecté dans les cavités au moyen d'insufflations d'air à l'aide des mêmes canules; après quoi l'on injecte dans la cavité quelques gouttes (de 10 à 15) d'une solution alcoolique tiède, d'acide borique, d'iodol, de résor-

cine (1 : 20) ou de sublimé (0,02 : 20). L'effet d'une telle application antiseptique fidèlement continuée se montre d'abord dans la disparition passablement prompte de la mauvaise odeur et dans la diminution plus ou moins rapide de la sécrétion. Quelquefois des insufflations, dans la cavité de Prussak, d'acide borique réduit en poudre fine, faites à l'aide d'une canule mince, ont eu un effet fort avantageux sur la suppuration (V. Bezold, Gomperz, Siebenmann). Des ouvertures trop petites dans la membrane de Shrapnell, qui empêchent par là la sortie des masses cholestéatomateuses, devront être élargies par des incisions en sens divers. Dans les cas de masses fortement compactes, on doit se servir, pour leur expulsion, de petites cuillers tranchantes assez grandes et des curettes (*étui complet chez Reiner*), au moyen desquels on peut également débarrasser une partie de l'attique externe en raclant le rebord carié ou ramolli de la margelle tympanique, ce qui coupe court le plus sûrement aux récidives du cholestéatome dans ces cavités.

L'enlèvement des masses cholestéatomateuses de l'oreille moyenne fait souvent disparaître toute une série de symptômes très pénibles, tels que : douleurs d'oreille, étourdissements, maux de tête et sentiments de pressions dans la moitié correspondante de la tête, des phénomènes de pyémie et des paralysies faciales.

L'extraction du marteau et de l'enclume, pratiquée avec des succès divers dans ces dernières années pour des suppurations incurables de l'oreille moyenne, a été aussi recommandée dans ceux de formations cholestéatomateuses compliquées et de suppurations fréquemment récidivantes. Dans tous ceux dans lesquels le siège du cholestéatome se trouvera dans la cavité supérieure de la caisse, cette extraction pourra avoir une influence heureuse sur le cours ultérieur de la suppuration, parce que les osselets sont, par leur position même dans l'oreille, un obstacle à l'ablation des masses cholestéatomateuses, et encore parce que la coïncidence fréquente du cholestéatome avec la carie du marteau et du corps de l'enclume servirait à entretenir l'écoulement. Mais l'on ne devra se résoudre à cette opération que

lorsque la plus grande partie de la membrane du tympan sera détruite et qu'il n'y en aura plus que quelques restes minimes en contact avec le marteau, ce qui rend cet osselet et l'enclume désormais sans valeur pour la fonction auditive.

Dans les cas de perforation de la membrane de Shrapnell, l'extraction du marteau n'est indiquée que lorsque des sondages ont établi la carie de la tête du marteau, ou quand la fonction auditive a considérablement diminué. Dans le cas de diminution peu étendue de l'ouïe, cas qui se présente si fréquemment lorsqu'il y a une perforation de la membrane de Shrapnell, on n'entreprendra cette extraction du marteau que dans des cas urgents, accompagnés de symptômes particulièrement menaçants, à cause du danger qu'il y a à compromettre d'autant la puissance de la fonction auditive.

Les cholestéatomes de l'apophyse mastoïde auxquels nous avons fait allusion en traitant du diagnostic devront être enlevés au moyen de l'ouverture de cette apophyse.

Les changements pathologiques dans les cavités de l'os temporal, qui servent de base à la formation de cholestéatomes au cours et après cessation de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, continuant souvent encore à subsister même après l'enlèvement des productions épidermiques, on comprendra la fréquence des récidives qui se produisent encore après cet enlèvement. Des malades atteints de ces affections devront en conséquence, pendant plusieurs années, être soumis, à des intervalles de trois à quatre mois, à des examens médicaux, pour que l'on puisse enlever à temps les masses de cette sorte qui s'accumuleraient de nouveau au fond des cavités. Des lavages fréquents, effectués deux ou trois fois par semaine, avec de faibles solutions tièdes de résorcine ou d'acide borique et des instillations de quelques gouttes d'alcool tiède, seront, dans la plupart des cas, les plus sûrs moyens d'action contre le retour de récidives.

II

PAPILLOME DU LARYNX CHEZ L'ENFANT. DISPARITION SPONTANÉE APRÈS TRACHÉOTOMIE.

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'observation qui va suivre m'a paru intéressante à signaler, car elle démontre que si certains papillomes du larynx ont de la tendance à récidiver, il en est d'autres qui peuvent disparaître spontanément. Le fait a déjà été signalé non seulement pour les papillomes du larynx, mais encore pour ceux d'autres régions. On lira avec intérêt le cas que j'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière.

Observation. — Le 9 juin 1890 on me présente une fillette de 4 ans. Cette enfant m'est adressée par le Dr Giraud, de Beaujeu (Rhône), pour une affection laryngée très inquiétante. La petite malade a une bonne apparence, elle est d'une forte constitution, mais son teint est relativement pâle. Elle n'a eu aucune maladie de l'enfance et a joui d'une santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1890. Elle n'a eu qu'un frère qui est mort de convulsions à 11 mois. Le père et la mère sont bien portants.

En janvier 1890, la petite malade prend l'*influenza*. Cette affection se localise chez elle du côté de l'appareil pulmonaire. Elle a de la bronchite avec une toux assez violente. Dès que la toux disparaît, survient de l'enrouement. La voix est plus ou moins rauque, mais la santé générale n'est nullement altérée. La raucité augmente de jour en jour, et à partir du mois de mars l'aphonie est à peu près complète. L'état reste stationnaire dans le cours d'avril. A partir du mois de mai, on note déjà de la gène respiratoire. L'enfant ne peut plus faire d'efforts sans éprouver de l'oppression. La difficulté de la respiration augmente progressivement, et en juin le Dr Giraud conseille de faire pratiquer l'examen laryngoscopique.

Le 9 juin, je vois la malade pour la première fois. Elle a la voix éteinte comme dans le croup. Elle présente un cornage

bien accentué avec un certain degré de tirage. Après quelques hésitations bien naturelles à son âge, l'enfant se laisse néanmoins examiner au laryngoscope sans trop de peine. J'aperçois alors dans le larynx une tumeur d'aspect franchement papillaire. La tumeur occupe toute la corde gauche du larynx ainsi que la partie postérieure ou commissure interaryténoïdienne. Elle est mamelonnée comme le sont les papillomes : elle obture la plus grande partie de la glotte, arrivant presque au contact avec la corde droite. Cette dernière ne présente d'ailleurs pas la moindre altération. Dans aucun autre point du larynx, je n'ai constaté d'autres productions morbides.

L'état grave de cette enfant m'inspirant d'assez vives inquiétudes, je déclare à son père qu'une trachéotomie s'impose à brève échéance, lui disant bien qu'il s'agit de parer au danger immédiat, et que plus tard on discuterait la question d'une intervention curative complète.

Le père repart alors avec sa fillette à Beaujeu, mais il la ramène dès le lendemain, 10 juin, dans la maison de santé des sœurs Sainte-Marthe. La nuit du 10 au 11, tant sous l'influence du progrès de la maladie que par suite de la fatigue du voyage, on observe de véritables accès de suffocation plus forts que tous ceux survenus dans les derniers jours.

Le 11 juin, je pratique la trachéotomie, l'enfant étant anesthésiée à l'aide du chloroforme. L'opération se fait simplement sans aucun accident fâcheux. J'introduis une canule à bec de Krishaber, bien qu'il ne s'agisse pas d'une laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Les suites de l'opération sont des plus simples. Le 5e jour, je place une canule un peu plus large et fenêtrée pour faciliter le plus possible la respiration et la phonation. Le 8e jour, je donne congé à ma malade.

Quinze jours après l'opération, au milieu de la nuit, un des tenons de la canule se dessoude et la canule est projetée au-dehors. Mon confrère, appelé quelques instants après, essaye mais en vain de replacer la canule. Il conseille alors au père de conduire immédiatement l'enfant à Lyon. Lorsque la malade arrive, l'orifice s'était fort rétréci. Dans ce cas, la canule à bec de Krishaber me fut très utile, car je pus facilement remettre la canule en place. Un fait cependant me frappa à ce moment : la voix de l'enfant avait perdu son timbre sourd et rauque : elle paraissait à peu près normale. L'enfant avait été trop effrayée par cette deuxième introduction de la canule pour lui imposer un examen laryngoscopique.

Le 30 juillet, je revois l'enfant ; j'examine le larynx avec le plus grand soin, mais il n'y a plus trace de papillome. La voix est d'ailleurs tout à fait normale. Le jeu des cordes vocales est parfait, aussi je n'hésite pas à enlever définitivement la canule.

J'ai revu l'enfant tout récemment ; elle se porte très bien et la voix est toujours normale.

On voit, d'après les détails de cette observation, que ce papillome, qui menaçait les jours de cette enfant, m'a conduit à pratiquer la trachéotomie. Cette opération faite, le larynx s'est trouvé dans un état de repos relatif, et les végétations qui encombraient l'orifice glottique ont disparu en peu de temps. Quinze jours après l'opération, un accident provoque l'issue de la canule, et l'enfant parlait déjà avec une voix relativement claire.

Il m'a déjà été donné d'observer, il y a six ans, un fait analogue, mais dont l'évolution se fit plus lentement. Il s'agissait d'un jeune garçon de 11 ans, qui présentait une raucité très grande de la voix, pour ne pas dire une aphonie presque complète. Cette raucité avait eu une marche progressive combinée avec une gêne croissante des fonctions respiratoires. J'avais examiné cet enfant, sans succès, à plusieurs reprises. Il était élevé par une mère qui lui passait tous ses caprices, aussi il me fut impossible de voir au delà de son épiglotte. Cependant comme son épiglotte présentait quelques bourgeons papillomateux, il était permis de conclure à l'existence d'autres bourgeons au niveau de l'orifice glottique. Comme je l'avais annoncé et prévu, la trachéotomie s'imposa au bout de quelques mois. L'enfant grandit alors, portant toujours sa canule. A 14 ans, il avait sa canule depuis deux ans et commençait à désirer qu'on la lui enlevât. Il était devenu un peu plus docile et me permit, pour la première fois, de voir sa glotte. A cette époque, je constatai que l'épiglotte était devenue normale. Quant aux cordes vocales, elles étaient un peu rougeâtres et jouaient normalement. Leur écart inspiratoire était assez considérable pour éliminer toute hypothèse de suffocation. Je consentis à enlever la canule, et depuis cette époque la santé de cet enfant a été excellente.

Tout permet de croire ici encore à la disparition spontanée d'un papillome, bien que je ne puisse supposer l'existence de cette affection que par les bourgeons siégeant sur l'épiglotte.

Mais enfin, je ne m'appuierai que sur la première observation, rigoureusement examinée, pour affirmer la disparition spontanée du papillome du larynx chez l'enfant. D'ailleurs, ce phénomène de disparition spontanée des papillomes est admis par plusieurs auteurs. Ainsi Thost (Ueber papillom in der oberen Luftwegen. — *Deut. med. Woch.*, mai 1890) déclare que les papillomes de l'enfant disparaissent spontanément à la puberté. Toutefois ce phénomène de disparition n'est pas signalé dans la thèse de Causit (1867), relative aux polypes du larynx chez les enfants ; il est vrai que cette thèse est déjà ancienne. A propos du traitement, cependant, Causit cite l'opinion de Dufour, qui aurait obtenu plusieurs fois la disparition de papillomes laryngés en administrant des vomitifs (?).

Ce qui frappe quand on compare le travail de Causit et celui tout récent de Thost, c'est le désaccord entre les deux auteurs au point de vue du pronostic. Causit relate 21 cas de mort sur 46 observations. Thost, au contraire, déclare que le papillome du larynx chez l'enfant est sans danger; c'est une production bénigne qui disparaît d'elle-même à la puberté.

Pour ma part, je ne considère nullement comme bénigne une tumeur qui provoque des accès de suffocation, car on n'est pas sûr d'arriver à temps pour pratiquer la trachéotomie.

Je me souviens du cas d'un enfant de deux à trois ans chez lequel je soupçonnais l'existence d'une tumeur laryngée. Je fis transporter ce petit malade à l'hospice de la Charité, dans le service des enfants. Bien que l'on fût prévenu de la possibilité d'une tumeur, on ne put arriver à temps pour faire la trachéotomie. Deux jours après survenait un accès de suffocation mortel. A l'autopsie on constata l'existence d'une tumeur laryngée.

Tous ces faits prouvent bien que le papillome de l'enfance

est loin d'être bénin, et que la trachéotomie s'impose dès les premiers accès de suffocation. Maintenant, si l'on se reporte à notre première observation, on voit que la trachéotomie peut être non seulement un traitement palliatif, mais encore un traitement curatif. Le repos forcé du larynx diminue considérablement les causes d'excitation de la muqueuse vocale et le papillome peut s'évanouir pour ainsi dire comme par enchantement.

Ce phénomène de disparition n'a rien d'étonnant si l'on se reporte à l'étiologie du papillome bénin. Cette étiologie a été bien mise en lumière par Thost dans son récent mémoire. Le papillome n'est pas une tumeur, c'est une prolifération de la muqueuse. Cette prolifération se produira, par exemple, sous l'influence d'une irritation directe de la muqueuse par l'excitation due à des sécrétions purulentes, visqueuses ou sèches (affections catarrhales diverses). On la verra aussi survenir dans la période de la croissance, alors que la transformation des éléments procède par bonds plus ou moins saccadés.

Mais cette hyperplasie papillaire peut être aussi le signe précurseur d'affections graves en voie de préparation. Thost les considère alors comme les coulisses derrière lesquelles se prépare le drame proprement dit.

En 1889 (Congrès international de Paris), mon savant ami M. Gouguenheim a bien fait connaître les rapports de ces papillomes avec les infiltrations tuberculeuses. On se souvient encore de cette pachydermie verruqueuse qui masquait une lésion organique profonde dans un cas tristement célèbre.

Mais enfin, chez les enfants, les tumeurs malignes sont relativement rares, et le fait que je viens publier aujourd'hui démontre que si le développement de la tumeur arrive au point de provoquer la trachéotomie, on devra attendre patiemment la disparition spontanée possible de la tumeur. Une intervention ultérieure par la laryngotomie sera toujours d'un danger considérable et ne devra être faite que le plus tard possible.

III

NOTE SUR L'INTERPRÉTATION DES PHÉNOMÈNES AUDITIFS PRODUITS PAR LE DIAPASON PLACÉ SUR LE MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par le Dr **L. COUËTOUX**, de Nantes.

Dans un article publié par la *Revue clinique* de M. le Dr Huchard, le 9 avril 1890, sur les diverses méthodes d'exploration de la fonction auditive, M. le Dr Arnould publie, à propos de l'examen par le diapason, les lignes suivantes : « On a constaté que si l'on place un diapason vibrant sur le maxillaire inférieur, au point exact de l'émergence de la troisième branche du trijumeau, le son, au lieu de se faire entendre également par les deux oreilles ou même par l'oreille la plus rapprochée, ce qui est la règle générale, est perçu beaucoup plus fort par l'oreille du côté opposé, et le phénomène est constant chez tout individu d'une ouïe normale. »

Comme la *Revue* n'est pas un journal consacré aux affections de l'oreille, je ne relèverais pas ce que je crois être une double erreur (erreur de fait, car la chose ne se passe pas si simplement; erreur de cause, en faisant intervenir le trijumeau), s'il n'y avait pas là une notion otologique sur laquelle je ne vois pas l'attention appelée dans les traités spéciaux.

Que se passe-t-il dans l'application du tympan sur la branche montante du maxillaire inférieur? Le diapason est entendu davantage du côté où la mâchoire est portée par un mouvement latéral. Mais si on laisse les muscles des masticateurs sans contraction, il est entendu davantage du côté opposé au point d'application, parce que la mâchoire étant refoulée par la pression de l'instrument, le contact avec le crâne se fait mieux par le condyle du côté opposé. Un peu

de coton dans chaque oreille rendra le phénomène facile à saisir.

Promenons le diapason sur la mâchoire jusqu'à sa partie médiane, le phénomène persiste. A la partie médiane, le diapason est entendu des deux côtés également, si la mâchoire se trouve appliquée sur la cavité glénoïde avec une égale force d'un côté et de l'autre. Il suffira, au contraire, que les dents manquent d'un côté plus que de l'autre pour que, les contacts mettant mieux le diapason en continuité avec un côté ou l'autre du crâne, l'oreille du côté pourvu de dents en perçoive mieux les vibrations.

En fait, si l'on applique le diapason en un point quelconque du maxillaire inférieur, le son se transmettra toujours du côté où le condyle s'applique; par suite ce phénomène est sans valeur pathologique. Il n'y a là aucun rapport avec le trijumeau.

Je demande pardon d'avoir relevé une interprétation à laquelle, sans doute, on peut n'attacher aucune importance ; mais il était bon de remarquer qu'en otologie la fantaisie ne domine pas toujours, même en ce qui a trait à la symptomatologie subjective, bien que cette partie de la science de l'ouïe soit de beaucoup la moins avancée.

C'est ainsi que les faits que nous avons relatés peuvent se produire sous la forme suivante : Quand le diapason est appliqué sur la mâchoire inférieure, les choses se passent comme s'il était appliqué sur le temporal dont le contact avec le maxillaire inférieur par la cavité glénoïde est le plus intime, et le fait particulier rentre dans le phénomène général dit épreuve de Weber.

IV

NOTE SUR LA MIGRATION DES ABCÈS TYMPANIQUES ET SUR SON MÉCANISME.

Par le Dr **L. COUËTOUX**, de Nantes.

Nous pensons, en faisant appel au plan incliné, donner une explication simple du fait signalé page 165 du traité d'Urbantschitsch, traduit par notre regretté maître le Dr Calmettes : « Cette migration (des abcès tympaniques), observée pour la première fois par Troeltsch, n'a pas encore trouvé d'explication satisfaisante. Kessel supposait qu'il s'agit d'un transport de sang par les lymphatiques; mais, comme le fait déjà remarquer Zaufal, cette hypothèse n'est pas applicable à tous les cas, puisqu'on voit des épanchements considérables se déplacer en bloc. Le déplacement ne résulte pas non plus de la pesanteur, puisqu'on le voit souvent se faire de bas en haut, etc. »

Si l'on se rappelle que la membrane est inclinée, d'après M. Tillaux, de 45° ; que dans le décubitus latéral la tête ne l'est guère que de 30°, d'après mes mesures, nous trouvons, pour huit heures de sommeil ou de repos, sur une journée de vingt-quatre heures, 15° en faveur de la progression de l'abcès de bas en haut, ou plutôt ici, il faut dire, de la partie inférieure à la supérieure devenue inférieure par le décubitus latéral du côté malade. Il va de soi que bien souvent la tête dans le décubitus latéral se trouve tout à fait horizontale, et alors pendant le repos l'abcès se trouve sur une pente de 45°, l'entraînant vers la partie supérieure du tympan. — D'un autre côté, le décubitus dorsal est souvent habituel pendant le sommeil et le repos; alors l'abcès se trouve porté non plus en haut, mais bien en arrière. Enfin, l'abcès peut être porté en avant par la pesanteur non seulement dans le décubitus

abdominal pectoral, mais encore dans le décubitus latéral du côté malade, vu le développement postérieur de l'ovoïde crânien, qui fait que la face se trouve sur un plan inférieur à celui du crâne. Aussi ne devons-nous pas facilement conclure à une marche des abcès en raison inverse des lois de la pesanteur; suivant les positions du malade au repos, l'abcès peut obéir à la pesanteur en se portant soit en avant, soit en arrière, soit en haut, soit en bas. — La pesanteur expliquera aussi facilement que « l'épanchement peut dépasser les liquides de la membrane et passer dans le conduit auditif », du moins lorsqu'il s'agit d'un abcès situé entre la membrane épithéliale et la membrane propre, et migrant de la partie supérieure de la membrane à la paroi supérieure du conduit auditif externe.

V

UNE OBSERVATION D'AUDITION COLORÉE.

Par le Dr C. **DELSTANCHE**, de Bruxelles.

Notre ami le Dr Delstanche nous communique la très intéressante lettre qu'il vient de recevoir et que nous reproduisons ci-dessous :

« Monsieur le Docteur,

« Comme vous en avez exprimé le désir, j'ai réuni quelques observations que j'ai faites sur moi-même, à propos de l'audition colorée, phénomènes dont je ne sais cependant pas bien me rendre compte à moi-même.

« C'est la note *fa* qui a le plus d'action sur moi : elle évoque en moi le pensée de la couleur verte. Plus l'octave est élevée, le son aigu, plus cette teinte est claire; dans les octaves plus graves, la sensation est moins vive, et l'accord le plus net, vert, est *fa*, *la*, *do*, *fa*.

« Les autres notes me donnent aussi des sensations de couleur, mais elles sont beaucoup moins distinctes, à tel point que je n'oserais pas me prononcer avec certitude à leur égard.

« Les sensations tactiles aussi ont leur couleur, si je puis m'exprimer ainsi, et quand j'étais encore enfant, par conséquent bien avant que j'aie pu lire quoi que ce soit à ce sujet, je prétendais ressentir des douleurs jaunes ou jaune orangé; et quoiqu'on se moquât toujours de moi, ma conviction restait ferme, puisque je le voyais ! ou plutôt, puisque je le pensais ! Car il va sans dire que ce n'est pas ici une impression visuelle dont il s'agit, mais une sensation intime impossible à définir.

« Voilà, Monsieur le Docteur, ce que j'ai pu rassembler sur ces phénomènes, qui ne présentent cependant pas beaucoup d'intensité chez moi; je crois que j'ai dit tout ce que j'en sais, cependant je serai toujours à votre disposition si vous désirez plus d'éclaircissements. »

VI

SYPHILIS DE L'OREILLE.

Par le Dr M. OUSPENSKI. (Lu à la séance de la Société des médecins russes, le 8 mars 1891, à Moscou.)

Quoique l'étude de la syphilis de l'oreille ait fait des progrès considérables, elle exige néanmoins des recherches ultérieures. Ma communication ne renferme rien de nouveau; elle a pour but unique d'attirer l'attention sur cette forme quelquefois alarmante, d'autant plus qu'étant saisie dès le commencement, elle aurait pu éviter une triste fin. L'étude clinique et les données pathologiques sur la syphilis de l'oreille, grâce aux travaux de Trœltsch, Toynbee, Voltolini, Schwartze, Hutchinson, Pierce, Baratoux, Moos, Kirchner

et autres, se sont considérablement élargies. Actuellement pour les maladies syphilitiques de l'oreille nous possédons des symptômes plus ou moins caractéristiques qui en facilitent le diagnostic.

La syphilis de l'oreille accusée dans sa forme primitive se rencontre très rarement. Le chancre du conduit extérieur se présente exceptionnellement. Le plus souvent on observe des condylomes, des exostoses. A la membrane du tympan on a observé des papules (Gruber), papules qui en s'exulcérant déterminent une perforation. En se propageant par les cavités naso-pharyngiennes à la trompe, à la caisse, les affections syphilitiques déterminent une otorrhée avec destruction du tympan, de la carie, ou elles se manifestent tantôt sous la forme de la sclérose, tantôt de l'hyperplasie. Dans l'apophyse mastoïde elles marchent ou par continuité de la caisse par la muqueuse jouant le rôle du périoste, ou bien sous la forme tertiaire, et l'affection commence par l'os. L'oreille interne est ordinairement affectée à la période tertiaire.

La forme prédominante de la syphilis héréditaire est l'otorrhée. E. Woakes (1) attribue le plus grand nombre d'otorrhées à la syphilis. Robert Tilley (2) considère la syphilis comme le principal facteur de l'otorrhée de l'oreille moyenne. Sur 20 cas observés par Hutchinson (3), 14 fois la surdité avait été déterminée par l'otorrhée.

A l'autopsie on trouva (Moos) (4) : œdème des poumons, hyperhémie du cerveau et des méninges, rate volumineuse, sang rutilant, rocher droit (conservé dans l'alcool), sclérose, ankylose de l'étrier; rien d'anormal dans tout le reste de l'oreille externe et moyenne, labyrinthe; périoste du vestibule épaissi; platine de l'étrier un peu tuméfiée, immobilisée; hyperplasie cellulaire entre les parois osseuse et membraneuse du vestibule, infiltré par de petites cellules rondes ou ovales; le périoste de la lame spirale osseuse et la zone pectinée sont moins infiltrés que la région des dents et des arcs

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, 1885, p. 461.
(2) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1887, p. 652.
(3) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 104.
(4) *Annales des maladies de l'oreille*, 1879, p. 62.

de Corti. Aux ampoules et aux sacs membraneux et dans le tissu cellulaire qui les unit à l'enveloppe osseuse, l'infiltration est plus forte qu'aux canaux semi-circulaires. Le trou du nerf acoustique est intact.

Dans les cas de syphilis héréditaire, J. Baratoux (1) a trouvé qu' « où l'oreille interne était prise concurremment avec l'oreille moyenne, cas où il y avait absence de pus dans le labyrinthe, on trouvait toujours une injection vasculaire des parties molles du labyrinthe, avec épaississement au niveau des ampoules des canaux demi-circulaires.

« Quand l'oreille interne était seule affectée, les altérations étaient encore plus profondes; les vaisseaux de l'angle spirale et même le vaisseau de la lame spirale membraneuse offraient une prolifération cellulaire de leurs tuniques, amenant le rétrécissement du canal et par suite une oblitération par caillot fibrineux qui produisait une dilatation anévrismale et souvent une rupture vasculaire avec hémorrhagie. »

Récemment enfin, à l'autopsie, l'examen microscopique par Kirchner (2) révéla les altérations syphilitiques suivantes: les vaisseaux de la caisse étaient entourés d'un large amas de petites cellules; l'endothélium était atteint de dégénérescence; les cellules renfermaient des granulations graisseuses et une grande quantité de pigment. La lumière des troncs artériels du promontoire était fortement réduite par la prolifération de la tunique interne, à la suite d'une endartérite syphilitique, ce que Hubner observa le premier dans la syphilis sur les artères de la pie-mère. Sur le promontoire on trouve des formations osseuses spéciales lenticulaires, analogues à la périostite syphilitique du tibia ou de la clavicule. Dans les canaux de d'Havers, on trouve aussi des dépôts lenticulaires avec infiltration cellulaire et accumulation de pigment et de tissu conjonctif de formation nouvelle, ce qui, d'après Rindfleisch, doit être caractéristique dans la syphilis.

L'auteur explique les douleurs opiniâtres dont se plaignait le malade par les modifications pathologiques qu'il trouva lors de l'autopsie.

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1888, p. 201.
(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1890, p. 110.

s, se sont ... mes acquises de même
maladi... : surdité des deux côtés
ptôme... rapide, bruits musicaux, ver-
diar... de Ménière ; affaiblissement
ph... de la vue, maux de tête, sensation par-
r ... de l'oreille qui, selon Jégu (1), peut
symptômes caractéristiques ; une rhi-
... thérapeutique anticatarrhale, souvent une
... de manifestations nerveuses dans les affec-
tions catarrhales. En général le signe caractéristique doit
être regardé comme une coïncidence de ces symptômes tant
du côté de l'oreille moyenne que du côté de l'oreille interne.
Le tableau de la membrane du tympan est très varié et
présente à peine quelque chose de caractéristique, bien que
d'après Sturges (2) l'infiltration de la membrane du tympan
doit être considérée comme symptôme pathognomonique.
Dans les observations de Pierce (3), la membrane était opa-
laire, la réflexe lumineuse large, le manche du mar-
teau rouge, large et tendu à l'intérieur. Cependant, souvent
elle ne présente pas de modifications pathologiques qui ex-
pliquent une si profonde surdité. D'après Hutchinson, elle
s'explique par une affection du nerf acoustique et sa ramifi-
cation labyrinthique. Kipp (4), dans la localisation de la ma-
ladie des deux côtés, voit une affection du quatrième ventri-
cule du cerveau. Le caractère des symptômes de surdité
syphilitique sera la perte du diapason vibrant sur le vertex
ou son fort affaiblissement et aussi une entente très défec-
tueuse par l'air.

...ite les dents cariées ont dans la syphilis héréditaire
une déformation caractéristique des incisives de la mâchoire
supérieure ainsi nommées dents Hutchinson (5). Cette forme,
comme on le sait, consiste en affection de l'émail des dents
et en même temps de la dentine. Elle commence par le bord
inférieur des incisives qui, à la suite de la perte de l'émail,

(1) ...nales des maladies de l'oreille, 1884, p. 95.
(2) ...nales des maladies de l'oreille, 1884, p. 376.
(3) ...nales des maladies de l'oreille, 1881, p. 218.
(4) ...nales des maladies de l'oreille, 1881, p. 315.
(5) ...ité de chirurgie dentaire, par Tomes, 1873, p. 789.

brèche et revêt la forme de demi-lune. D'après Gruber (1), oblitération de la trompe d'Eustache est le signe caractéristique de la syphilis de l'oreille; cependant, dans le cas de M. Charles-J. Kipp (2), il était perméable. Enfin un des signes caractéristiques de la syphilis de l'oreille sera une affection consécutive de l'œil.

La syphilis héréditaire de l'oreille, d'après les observations de Pierce, se manifeste de 11 à 18 ans. L'affection catarrhale chez les enfants apparaît dès les premiers jours de la naissance. En général, le signe de la syphilis héréditaire se montre déjà à la troisième semaine de la naissance.

« Tous les enfants, dit Trœltsch (3), comme on le sait, souffrent dès les premiers jours de leur vie d'une rhinite rebelle dans les cas de syphilis héréditaire. » D'après M. Mackenzie, la syphilis héréditaire affecte plus souvent les filles. La marche de la maladie est rapide et quelquefois même paraît soudainement. Ainsi, dans le cas de Han (4), la malade le soir en se couchant était en bonne santé, mais le lendemain elle se réveilla sourde.

Néanmoins, malgré les symptômes décrits plus haut et les données anamnestiques, le diagnostic de la syphilis de l'oreille présente toujours encore une grande difficulté, et dans la plupart des cas peut être déterminé avec plus ou moins de sûreté.

Ces affections, surtout dans la forme héréditaire, doivent être regardées comme graves, mais pas toujours. Dans la littérature on rencontre des cas, il est vrai jusqu'ici en petit nombre, qui furent traités avec succès. Dans le traitement de la syphilis de l'oreille, le résultat le plus heureux a été obtenu par l'iodure de potassium à doses ascendantes. Quelquefois un traitement mixte d'iode et de mercure a réussi. Ainsi M. Bendelack, M.C. Sheris (5), ont obtenu un bon résultat de l'iodure de potassium et avec traitement mixte de

(1) *Annales des maladies de l'oreille,* 1884, p. 98.
(2) *Annales des maladies de l'oreille,* 1881, p. 115.
(3) Troeltsch, traduction russe, *Manuel des maladies de l'oreille,* p. 281.
(4) *Annales des maladies de l'oreille,* 1884, p. 102.
(5) *Revue mensuelle de laryngologie,* 1881, p. 576.

l'iode mercure. Albert-H. Buck (1), chez un enfant de sept ans atteint de surdité rapide et presque complète, obtint une amélioration considérable de l'ouïe par l'iodure de potassium à doses ascendantes. Dans six cas de Charles-J. Kipp, le résultat du traitement fut presque nul, à l'exception d'un seul.

Théobald, de Baltimore, obtint une amélioration considérable par le bichlorure de mercure avec chlorhydrate d'ammoniaque.

Les cas de surdité de la syphilis acquise sont fréquents. Tous ont les mêmes symptômes caractéristiques.

D'un grand nombre de cas observés par moi, je n'en citerai qu'un pouvant servir d'exemple.

La malade a 27 ans, taille moyenne, constitution modérée, mariée depuis 11 ans; a quatre enfants, dont un a perdu la vue; son père et sa mère sont vivants; rien d'héréditaire. La surdité des deux côtés n'a paru que 15 jours auparavant. Elle se plaint d'un bruit musical, de vertige, d'oscillation et en même temps d'un affaiblissement de la vue. De plus, la malade éprouve des sensations très désagréables de l'oreille, en même temps de violents maux de tête à ne pouvoir toucher les cheveux, et aussi des douleurs aux extrémités, surtout la nuit.

Il y a trois ans, la malade a eu une éruption à la poitrine et à l'abdomen (roséole). La malade entend le bruit de la montre à l'oreille droite à la distance de moins d'un pied; à l'oreille gauche, à peine en l'appliquant à la conque. La transmission du son par les os du crâne pour le diapason est entièrement perdue.

Les membranes du tympan des deux côtés ne sont pas modifiées ni en couleur ni en transparence, profondément tendues en dedans; la pointe lumineuse est normale, la trompe d'Eustache est imperméable. La malade nie la syphilis.

Je passe aux cas de surdité sur le terrain de la syphilis héréditaire.

1er *cas*. Jeune fille de 18 ans, de complexion faible, de petite taille. La surdité apparut aux deux oreilles, il y a un an, à la suite d'une otorrhée gauche. La malade, outre la surdité, se plaignait de bruits musicaux, de vertiges, d'oscillations, d'affaiblissement de la vue — comme si un filet s'étendait devant ses yeux; — une sensation particulière de la plénitude de l'oreille

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1888, p. 37.

et de toute la tête; maux de tête, — on ne peut la toucher; douleurs aux extrémités telles que la malade crie la nuit. En outre, une rhinite opiniâtre sans abondance de mucosité.

La malade entend le bruit de la montre du côté droit, à deux ou trois pouces, du côté gauche pas du tout. La transmission de son par les os du crâne est entièrement perdue.

La membrane du tympan du côté gauche est complètement détruite, du côté droit fortement inclinée vers la paroi intérieure de la caisse. La trompe d'Eustache est presque imperméable. A la mâchoire inférieure, une dent cariée.

Une thérapeutique anticatarrhale, entreprise au commencement même de la maladie est restée sans succès. Le traitement par l'iodure de potassium pendant trois semaines, améliora l'état de la malade, l'ouïe s'est aussi améliorée, la malade entendant le tic-tac d'une pendule.

2e *cas*. Jeune fille de 18 ans, de complexion faible, paraît avoir dix ans. Les menstruations n'ont pas paru; à 14 ans les incisives supérieures ont commencé à se gâter et présentent la forme des dents Hutchinson. La surdité aux deux oreilles est complète. Une conversation à haute voix n'est possible qu'à l'oreille droite. De temps en temps, la malade entend des bruits musicaux. La transmission de son par les os du crâne n'existe pas. La membrane du tympan des deux côtés est détruite. L'apophyse mastoïde à la pression est sans douleur. On n'y voit ni rougeur, ni tumeur. L'otorrhée a une odeur insupportable.

L'examen ophtalmoscopique a montré : hypérémie et dilatation des vaisseaux sur la rétine et disposition en zigzag des veines dans le fond de l'œil.

La malade a eu, il y a trois ans, la scarlatine. à la suite de laquelle apparut une otorrhée double et l'ouïe fut perdue aux deux oreilles. Dans le cours de la maladie, derrière l'oreille et dans la direction du sterno-clido-mastoïdien parurent trois petits abcès qui furent ouverts. Le 3 janvier de cette année, trois semaines après l'influenza, apparut une forte douleur à l'oreille droite, avec frissons et une température de 40°,6. L'examen montra à la paroi post-supérieure du conduit extérieur une saillie insignifiante en forme de demi-lune à l'incision de laquelle sortit un peu de pus. Ensuite la température eut cinq élévations.

Le père de la malade avait eu la syphilis.

Prenant en considération la profonde altération pathologique des organes de l'ouïe, la double et complète surdité

avec marche rapide, les bruits musicaux, la perte de la transmission des os du crâne, la forme Hutchinson des dents, la suspension du développement du système des os, quelques altérations dans l'œil, enfin la syphilis du père, on peut avec plus ou moins de certitude admettre la surdité sur le terrain de la syphilis héréditaire.

Les abcès précédents autour de l'oreille droite dans le cours de l'otorrhée, la haute température avec frissons, le type irrégulier de la fièvre, l'odeur insupportable de la sécrétion, donnent lieu de croire que nous avons affaire ici à une carie des temporaux. Définir la localisation de cette carie dans le cas précédent est très difficile. La sonde servant de véritable indicateur dans des cas pareils à défaut de fistule est ici inapplicable. Considérant la parfaite santé de l'apophyse mastoïde, le manque de rougeur et de tumeur, le diagnostic de carie doit être exclu. Il peut se faire que la carie se localise en pyramide près de la caisse. Deux cas pareils ont été observés par feu le professeur S.-P. Kolomnine à la clinique de l'hôpital militaire de Kiev, où les malades moururent avec des symptômes de méningite dépendant de carie à la pyramide, où l'autopsie montra que l'apophyse mastoïde était normale, mais que la carie se trouvait près de la caisse et par le canal étroit en zigzag le long de la pyramide, dans un cas, s'ouvrait dans un des sinus de la dure-mère et dans l'autre près de ce dernier.

Dans des cas pareils, la résection du processus mastoïdien, je le crois, reste sans résultat.

ASSEMBLÉE ANNUELLE
DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES

Deuxième session. — 17 mai 1891.

Présidence de M. le Dr Capart

Compte rendu par le Dr O. Laurent

La séance s'ouvre à 2 heures, à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, dans la salle de clinique des maladies du larynx.

Sont présents : MM. Andries (Landen), Bayer (Bruxelles), Beco (Liège), Boland (Verviers), Boval (Charleroi), Capart, (Bruxelles), Chalant (Liège), Cheval (Bruxelles), Dandois (Louvain), Dekeghel (Gand), Delie (Ypres), Delsaux (Bruxelles), Delstanche (Bruxelles), Eeman (Gand), Gevaert (Gand), Goris (Bruxelles), Gouguenheim (Paris), Guye (Amsterdam), Hennebert (Bruxelles), Helsmoortel (Anvers), Hicguet (Bruxelles), Joal (Paris), Moll (Arnheim), Noquet (Lille), Schuster (Aix-la-Chapelle), Schiffers (Liège), Wagnier (Lille), Wodon (Bruxelles) et Laurent, secrétaire.

MM. Motte (Dinant), Rousseau (Schaerbeck), Van Hoeck (Nimègue), Van Oppernay (la Haye) s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Sur la proposition de M. Eeman, l'Assemblée décide à l'unanimité que la prochaine session se tiendra à Gand. MM. Dekeghel et Gevaert se joignent à M. Eeman ; ils s'efforceront de faire à leurs confrères une réception aussi cordiale et aussi large que celle qu'ils ont reçue de M. Capart.

M. Delstanche. *Applications nouvelles de la vaseline liquide au traitement des affections de l'oreille moyenne.* — Convaincu par dix ans d'expériences de l'innocuité absolue de la vaseline employée en instillations dans la caisse, j'ai été amené depuis quelque temps à faire de nouvelles et, selon moi, très utiles applications de cette substance au traitement des affections de l'oreille moyenne. Ainsi j'y ai eu recours en injections forcées chez des sujets qui présentaient des adhérences complètes du tympan avec la paroi labyrinthique, après avoir essayé, sans aucun profit, des douches d'air et du massage. Dans deux cas

surtout je n'ai eu qu'à m'en louer, car non seulement il s'en suivit, au bout de quelques séances, une amélioration très appréciable de l'ouïe, mais aussi le décollement, sur une assez grande étendue de la membrane tympanique. Encouragé par ces résultats j'ai appliqué ce mode de procéder, en proportionnant la force d'impulsion du liquide au degré de résistance à vaincre, dans des cas même où le processus adhésif paraissait être limité à la chaîne des osselets, et cela souvent au grand avantage du malade.

On sait que dans les affections exsudatives de l'oreille moyenne, l'usage des insufflations d'air à travers la trompe suffit presque toujours à éliminer l'épanchement quand celui-ci est séreux, mais si l'on a affaire à des mucosités, il est difficile de réussir par ce moyen, et l'on se voit forcé presque toujours de pratiquer la paracentèse, et encore faut-il s'aider alors d'injections d'eau salée, poussées avec plus ou moins de force par la voie de la trompe, pour réussir à entraîner au dehors les matières épaisses et gluantes qui remplissent la caisse. Or, en vue de restreindre, autant que possible, les indications de la paracentèse qui, tout inoffensive qu'elle soit en général, provoque néanmoins parfois de fâcheux accidents inflammatoires, j'ai songé à utiliser, dans ces conditions, les injections de vaseline liquide à titre d'adjuvant des insufflations d'air, à raison de la propriété que possède cette huile d'empêcher les mucosités qui en sont lubréfiées d'adhérer aux parois de la caisse, ce qui dès lors facilite beaucoup l'expulsion des matières soit vers les cellules mastoïdiennes où leur présence ne donne lieu à aucun inconvénient, soit vers le pharynx par la voie de la trompe.

Si satisfaisants qu'aient été les résultats de cette méthode, je n'ai garde de vouloir les mettre en parallèle avec ceux que donne la paracentèse, au moins quand il s'agit d'obtenir une cure radicale. Mais dans les cas où, à cause de complications incurables du côté de la région naso-pharyngienne ou de la trompe par exemple, la paracentèse n'exerçant plus qu'une action palliative et transitoire, devrait être répétée, les injections de vaseline, dont l'emploi est si facile et absolument exempt de danger, doivent mériter la préférence ; les expériences très nombreuses que j'ai faites à ce sujet me permettent de l'affirmer.

Un mot encore pour vous signaler l'opportunité, incontestable selon moi, de substituer la vaseline à l'eau salée, afin d'obtenir,

le cas échéant, au moyen d'injections intra-tubaires, l'évacuation complète des mucosités à travers l'ouverture ménagée du tympan par la paracentèse. J'ai tout lieu de croire, en effet, que l'eau additionnée d'une petite quantité de sel de cuisine, passe à tort pour être inoffensive, car si elle ne jouissait pas sous ce rapport d'une réputation usurpée, je ne parviendrais plus à m'expliquer comment le professeur Schwartze, de Halle, qui en préconise particulièrement l'emploi en injections, signale dans ses statistiques relatives à la paracentèse une proportion de cas suivis de phénomènes réactionnels depassant de beaucoup celle que nous observons chez nos malades, bien que cet éminent confrère pousse jusqu'à la minutie les précautions antiseptiques et que nul ne peut révoquer en doute sa grande habileté opératoire.

M. Delstanche. *Présentation d'instruments.* — M. Delstanche présente un porte-ouate à spirale et une série de curettes à anneaux de diverses formes et directions pour l'enlèvement des corps étrangers et polypes de l'oreille.

M. Delstanche. *Un cas d'exostose du conduit auditif externe.* — Il s'agit d'une jeune dame qui, il y a quatre ans, avait constaté, en poussant le doigt dans l'oreille droite, la présence d'un corps dur qui ne la gênait pas et qui ne troublait pas l'audition. Deux ans plus tard, elle souffrit de l'oreille, qui présenta un écoulement augmentant en quantité avec l'intensité des douleurs. Comme elle était enceinte de sept mois, je l'engageai à attendre la fin de la grossèsse pour se faire traiter. Les douleurs cessèrent dans l'intervalle et je ne la revis qu'en avril dernier. A cette époque, je trouvai une tumeur de la forme et du volume d'un gros noyau de cerise qui obstruait le conduit à un centimètre de son ouverture ainsi qu'un trajet fistuleux s'ouvrant derrière le lobule du pavillon, sans intéresser l'apophyse mastoïde et donnant issue à un écoulement peu abondant mais très fétide. La tumeur était dure, s'implantait par un pédicule plus large à la paroi postérieure du canal, mais jouissant d'une mobilité relative assez considérable. J'eus bientôt l'explication de ce dernier phénomène.

A l'aide de deux coups de gouge, j'enlevai la tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter et après avoir débarrassé l'oreille, au moyen de la seringue, de détritus osseux à l'état de sable et d'amas caséeux, je remarquai qu'il s'était produit une destruction profonde aux dépens de la paroi postérieure du conduit auditif,

des cellules mastoïdiennes et de la paroi supérieure; le stylet ne rencontrait pas de surface osseuse en haut et en arrière; soit qu'il n'en existât plus de vestige, soit que les bourgeons qui tapissaient la cavité nous empêchassent d'y atteindre. Il n'y avait do conservé en arrière qu'une petite zone du conduit osseux, à laquelle s'insérait précisément l'exostose. Dès lors, lorsqu'on mobilisait la tumeur, on mettait simultanément la paroi en mouvement. L'anfractuosité s'est comblée progressivement dès que la sortie des sécrétions a pu se faire, et l'on constate aujourd'hui, en examinant la malade, qui a bien voulu venir se soumettre à l'examen des membres de l'assemblée que les dimensions du conduit sont à peu près normales, tandis que d'autre part, le trajet fistuleux s'est cicatrisé. D'otorrhée, presque plus de trace.

M. Guye. *Traitement des abcès mastoïdiens.* — Moos, de Heidelberg, a publié la relation de 4 cas d'abcès mastoïdiens traités d'après la méthode de Bezold. Dans l'un d'eux, un abcès de l'antre produisit une accumulation de pus en dessous de l'apophyse, surtout dans la cavité rétro-maxillaire; à l'ouverture de l'antre, la pression sur le cou favorisait l'écoulement du pus. A l'autopsie, on trouva que l'abcès mastoïdien s'ouvrait derrière le conduit auditif externe, en dedans vers le cerveau. La perforation type est celle où l'abcès perfore la cavité mastoïdienne en dessous des attaches du sterno-cléido-mastoïdien. Trois des malades sont morts. Chez un malade de Kiesselbach, la perforaion s'était faite dans le cou, l'écoulement du pus s'était fait vers le pharynx et avait donné lieu à un abcès rétro-pharyngien.

J'ai observé deux cas analogues qui se sont terminés par la guérison. Le premier souffrait de douleurs atroces, son conduit auditif était rempli de pus et de masses polypeuses; l'injection d'un courant d'eau à travers la caisse ne produisit aucun effet, mais l'ablation d'un polype favorisa l'écoulement du pus. Comme la pression sur le cou en augmentait l'écoulement, je fis une contre-ouverture à cette région. La malade guérit rapidement. Le pus entrait dans l'apophyse mastoïde et ressortait par le conduit auditif externe.

Bezold fait l'incision sur le bord postérieur du muscle, mais je préfère la faire sur le bord antérieur.

Mon deuxième cas se rapporte à un homme de 65 ans qui, à la suite d'un catarrhe chronique nasal et rétro-nasal, a été pris

subitement d'un catarrhe moyen gauche et d'une perforation douloureuse de l'apophyse mastoïde. Quatre mois après, la membrane du tympan était cicatrisée ; il y avait alors un peu d'hyperostose de la paroi postérieure du conduit auditif externe. En outre, le malade se plaignait de vives douleurs le long du cou, tandis que l'apophyse mastoïde était fort peu sensible. Il existait aussi un peu d'empâtement dans le cou. Je fis l'opération à l'aide du ciseau et j'arrivai sur la collection purulente ; il est sorti un peu de liquide par la trompe. Quinze jours après la température s'élevait, du pus se formait de nouveau en grande quantité, et la fistule donnait issue à un écoulement abondant. Mais un jour l'écoulement cessa complètement, et la douche de Politzer resta sans action sur lui. En même temps la déglutition devenait difficile :. je trouvai un abcès rétro-pharyngien dont je fis l'ouverture ; deux autres abcès qui se formèrent plus bas furent également ouverts. Toujours la pression sur le cou augmentait l'écoulement. Actuellement, l'abcès rétro-pharyngien est guéri, le malade se porte bien, l'ouïe n'est que légèrement altérée ; il n'existe ni bourdonnements ni douleurs.

L'ablation d'une large partie de l'apophyse mastoïde n'est pas toujours suivie de bons résultats.

M. Schuster. *Paralysie de la corde vocale gauche.* — Je vous présente un malade qui est atteint de paralysie de la corde vocale gauche. Il est âgé de 36 ans et a été infecté de syphilis il y a dix-huit ans. Il est resté bien portant pendant quinze ans, mais depuis trois ans il présente de la dyspnée, de la dysphagie et de la dysphonie. On trouve aussi du strabisme de l'œil gauche, mais celui-ci est congénital. J'ai constaté une paralysie complète du côté gauche du larynx, le malade ne parlait pas. J'ai aussi retrouvé un peu d'anesthésie faciale et palatine gauche. Le patient a été soumis à l'administration des injections mercurielles, qui ont déterminé une légère amélioration ; le traitement par l'iodure de potassium, qui a été prescrit jusqu'à la dose de 30 grammes par jour, n'a guère produit d'effet. D'une façon générale, le malade est resté pour ainsi dire dans le même état. Actuellement, la voix est bitonale, la corde vocale et le cartilage aryténoïde droits se déplaçant du côté gauche.

La cause d'une telle affection peut être, comme Schiffers l'a démontré, générale ou locale. Nous avons peut-être affaire, dans notre cas, à une cause générale, les anamnestiques étant très

nets à ce sujet. On a aussi comparé les paralysies sans symptômes aux paralysies oculaires provenant du cerveau; elles précèdent, en général, l'apparition de la paralysie progressive. On peut également penser à l'hystérie.

M. Goris. *A propos d'un cas de guérison d'épilepsie réflexe.* — Permettez-moi de vous reparler d'un cas dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir l'année passée déjà, à pareille époque. Ils s'agit d'une jeune fille, parfaitement bien portante, sans aucune tare névropathique héréditaire, atteinte, il y a sept ans, d'un abcès de la caisse du tympan à la suite d'un bain de mer. L'écoulement persista pendant un an, puis se déclara un premier accès d'épilepsie avec aura très nette, perte absolue de connaissance, convulsions cloniques, morsure de la langue. Depuis lors, les accès réapparaissaient régulièrement tous les mois ou tous les deux mois à l'époque des règles. L'aura présentait ceci de particulier qu'elle était constituée par des bourdonnements d'oreille. A l'examen de l'oreille, sur le tympan gauche fortement déprimé on remarque la cicatrice d'une perforation ; le raréfacteur Delstanche démontre l'immobilité du manche du marteau, le diapason vertex est entendu des deux côtés. Diagnostic : adhérences du manche, ankylose probable des osselets.

Je fis le sondage de la trompe et pratiquai une raréfaction énergique une fois toutes les semaines, deux fois aux approches des règles. Les accès avaient disparu pendant cinq mois, mais un nouvel accès survint. Or, ce succès était encourageant à cette époque. Aujourd'hui, je pense qu'il m'est permis de parler de guérison, puisque ma malade n'a plus eu un seul accès depuis le mois de mai de l'année passée. J'ai progressivement espacé les séances de sondage et de raréfaction. J'ai même cessé tout traitement depuis deux mois et demi.

L. Rousseaux. — *Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal.* — Nous enlevons les végétations, quel que soit leur point d'implantation (base du crâne, paroi postérieure du pharynx, voisinage de la trompe d'Eustache) au moyen d'un fil de platine rougi, qui constitue un véritable cautère galvano-caustique, instrument hémostatique et antiseptique par excellence. Nos curettes sont au nombre de deux. La première, destinée à la base du crâne, à la paroi postérieure du pharynx, rappelle dans son ensemble la curette de Gottstein, où la partie tranchante, horizontale, avait été remplacée par un fil de platine. La seconde, destinée aux parois latérales et à la région de la

trompe d'Eustache, se rapproche de la curette de Hartmann. Toutes deux s'adaptent parfaitement à la poignée galvano-caustique de Schech. Le courant électrique est fourni par un accumulateur.

Pour notre cautère électrique, comme pour tous les instruments galvano-caustiques, il faut éviter de dépasser le rouge sombre, environ 600° ; au-dessus, l'hémostase se fait mal et le platine perd sa résistance, se rompt ou se fond. Il est donc utile de faire usage du rhéostat. D'après le docteur Cheval, la curette pour la voûte et la paroi postérieure du pharynx exige, au début, de 17 à 18 ampères et 2 v. 375 ; celle pour la paroi latérale absorbe 31 ampères environ et s'échauffe sensiblement, mais on peut remplacer le platine par un fil d'acier.

Nous commençons par déterger et désinfecter la région à l'aide des pulvérisations et des gargarismes boriqués. L'anesthésie est faite au moyen de la cocaïne ; nous employons le caloroforme pour les jeunes enfants et les sujets peu dociles. La langue étant fortement abaissée, on introduit l'instrument de la façon ordinaire en faisant en sorte que le fil de platine soit dans toute son étendue intimement en rapport avec la surface muqueuse. On fait alors passer le courant après avoir déterminé au préalable le nombre d'ampères dont on aura besoin. Le passage du courant sera indiqué par le bruit de crépitement produit par le fil incandescent, auquel on imprime alors un mouvement de haut en bas de façon à raser toute la surface muqueuse. Puis, sans retirer l'instrument, ayant seulement interrompu le courant, on fera un second, un troisième curettage. L'opération peut être complète en une seule séance. Ajoutons que l'instrument est bien à la main et facile à manier.

La rupture du fil de platine peut toujours être évitée, en ne dépassant pas sensiblement le nombre d'ampères que nous avons indiqué. Nous n'avons pas vu d'adhérences cicatricielles se former entre la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais qui s'appliquerait contre le cautère pendant l'opération, le fil de platine plongé au milieu du tissu adénoïde est protégé par le tissu même qu'il est chargé d'enlever. Nous n'avons pas non plus observé la production d'adhérences de même nature entre les parois de la trompe d'Eustache, l'écartement de celles-ci pendant les mouvements de déglutition rendant la formation de ces adhérences impossible.

M. Cheval. *Étude sur les électro-thermo-cautères.* — Nous

proposons le terme électro-thermo-caustie, plus général que celui de la galvano-caustie, et ne préjugeant pas la nature de la source électrique, dynamo ou pile.

La difficulté d'obtenir des piles, une force électro-motrice et une résistance intérieure constantes nous ont engagé depuis longtemps à nous adresser aux accumulateurs (accumulateurs Julien-Uber). Pour compenser les variations de la résistance de l'anse et du cautère, nous avons intercalé dans le circuit un rhéostat à manette qui nous permettra de maintenir les cautères au rouge-sombre. Lorsque nous disposons d'une source générale d'électricité, nous proposons un rhéostat de 11 à 22 ohms pour une différence de potentiel de 55 à 110 volts. Le courant n'aura pas une intensité supérieure à cinq ampères, que l'anse électrique soit ouverte ou fermée complètement : c'est le rouge-sombre pour des fils de 1/3 de millimètre. Pour les cautères, on diminue la résistance de façon à leur permettre de se maintenir au rouge sombre pendant toute la durée de l'opération ou à un degré d'incandescence plus élevé. De cette façon, nous ne faisons qu'un seul réglage et nous avons la certitude que la température de l'anse ne dépassera pas celle qui aura été recherchée. Si, au contraire, nous ne disposons que de un à deux éléments, nous utiliserons le rhéostat de 1 à 2 ohms, rhéostat glissant sur une série de touches entre lesquelles sont insérées des résistances inférieures à 1/20 d'ohm. Pour l'avoir toujours à portée de la main, nous l'avons fixé à l'appui du laryngoscope.

Nous avons intercalé dans le circuit un ampéremètre Danel qu'un commutateur peut mettre hors du circuit. Nous avons constaté qu'une intensité de

5 ampères donne le rouge-sombre,
6 — — rouge,
6 1/2 — — rouge-cerise,
7 1/4 — — blanc,
8 — fait fondre une anse de fil de 1/3 de millimètre de diamètre.

Nous plaçons donc la manette du rhéostat sur la touche correspondant à une intensité de 5 ampères et, tandis que la main droite, tenant le serre-nœud électrique, ferme l'anse et termine l'opération, la main gauche augmente la résistance de telle sorte que l'aiguille de l'ampéremètre a la même division 5. Pour une cautérisation, au contraire, nous savons qu'une fois que nous aurons déterminé la position de la manette du rhéostat pour le

degré de température que nous recherchons, l'intensité du courant ne pourra pas varier et la même température sera maintenue. Pour pouvoir mesurer également la différence de potentiel aux bornes mêmes du cautère, nous avons pris une dérivation immédiatement en dessous du point d'attache des cautères à la poignée ; dans cette dérivation est intercalé un voltmètre ou plutôt le milliampéremètre. La résistance de l'ampéremètre est de 0 v.,014, celle du milliampéremètre 119 ohms, l'intensité du courant dérivé sera une minime fraction de l'intensité totale.

J'arrive à la dépense en ampères des cautères en platine.

Des fils de 1 millimètre carré de section et de longueur commune demandent pour être portés au rouge-sombre :

S'ils sont en cuivre	rouge	80	ampères.
—	aluminium	59	—
—	platine	40	—
—	fer	24	—
—	plomb	10.8	—
—	carbone	0.125	—

M. Capart se sert d'anses en fil de fer qu'il trouve plus économiques que le platine. Il y a double économie (dépense, électricité). L'économie électrique nous a conduit à faire construire toute une série d'armatures en fer et en acier pour cautères; la dépense en ampères est réduite de moitié. Car le fer est moins bon conducteur que le platine, puis le coefficient d'augmentation de la résistance électrique avec l'augmentation de la température est plus élevé pour le fer. C'est ainsi que nous avons pu faire construire des cautères beaucoup plus gros, beaucoup plus solides, sans tomber dans l'exagération phénoménale des gros cautères en platine. La curette électrique du Dr Rousseau qui exige, quand l'armature est en platine, une intensité de 35 ampères, le diamètre du fil étant 0,0006, demande avec l'armature en fer ou en acier 17.5 ampères. Si le diamètre de l'armature de fer est porté à 1 millimètre, la dépense en ampères reste inférieure encore à 35 ampères. D'un autre côté, si l'on songe que les cautères en fer, identiques aux petits cautères de Schech, exigent au maximum 5 à 10 ampères, selon la forme, on comprendra que le domaine de l'électro-thermo-caustie, déjà si vaste, pourra encore être étendu à grand nombre d'opérations les plus délicates de l'ophtalmologie et de l'otologie : les nouveaux cautères en fer n'auront plus besoin d'être fixés à de fortes tiges de cuivre de 1 à 2 millimètres de diamètre. Une tige

de cuivre de haute conductibilité permet sans échauffement dangereux, le passage d'un courant de 4 ampères par millimètre carré. Les petits cautères de 1 à 2 ampères pourront être soudés à des tiges très fines qui ne masqueront plus une partie de la vue du champ opératoire. Enfin, les tiges des cautères en platine ne sont pas rationnelles, elles ont une section trop faible et s'échauffent trop.

En résumé : 1° L'emploi d'un rhéostat et d'un ampèremètre, dans les applications électro-thermo-caustiques, la cautérisation électrique brutale, empirique n'a plus de raison d'être. 2° Le dosage scientifique du courant demande à pénétrer dans le domaine de l'électro-thermo-caustie. 3° Les accumulateurs sont à l'heure présente la meilleure source d'énergie électrique. 4° Les cautères en platine ne sont pas économiques. 5° Les cautères en fer et en acier ont les mêmes usages que le platine, sans dépenser autant d'énergie électrique. Ils peuvent avoir la résistance d'un bistouri ordinaire, sans exciser une intensité insensée pour être portés au rouge sombre. Ils conviennent alors pour toutes les opérations hémostatiques (trachéotomie). 6° Avec les précautions indiquées plus haut, la durée des cautères en fer est aussi longue que celle des cautères en platine. Les usages en sont extrêmement variés.

M. Cheval. *Électro-acoumètre.* — La caractéristique de notre appareil est de permettre à l'opérateur de faire varier non seulement l'intensité du bruit perçu, mais la nature de ce bruit, sans que le patient puisse en être prévenu et de permettre de vérifier les allégations de celui-ci. Quelque intelligent qu'il soit, il ne saurait préjuger la question et la réponse qu'il devra y faire. Il n'est seulement pas prévenu ; il ignore ce qu'il va entendre et de quelle oreille il va entendre. Les résultats sont d'une rigueur et d'une certitude telles qu'ils permettent de déceler la simulation. Quant à la nature de la surdité, c'est aux diverses méthodes de diagnostic à la déterminer ; notre appareil ne nous permet que de déclarer que la personne examinée a ou n'a pas une ouïe normale et quel est son degré de surdité. Il permet enfin de contrôler journellement et mathématiquement la valeur du traitement institué.

Notre appareil a deux bobines induites agissant individuellement et une seule inductrice. Nous sommes les premiers qui ayons adopté *deux* téléphones fixes, un pour chaque oreille, maintenus en position, pendant toute la durée de l'expérience,

pour empêcher que le sujet ne soit prévenu. Comme les téléphones restent en place, ce n'est plus un déplacement de la source sonore qui diminue l'intensité du son, et il n'y a plus à se demander si l'on se trouve bien dans la direction de l'axe auditif. L'appareil se distingue enfin par la constance absolue de la source sonore ; c'est un électro-diapason. Sa manœuvre est élémentaire et ne nécessite aucune étude préalable.

Il permet d'examiner l'audition : *a.* pour un bruit quelconque en se servant de l'interrupteur ; *b.* pour un son musical (électro-diapason) ; *c.* pour un ensemble de sons harmoniques ; *d.* pour la parole humaine ; *e.* pour la montre ; *f.* pour le métronome.

M. Noquet. *Tumeur papillaire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.* — La tumeur que je vous présente me parait être un papillome vrai. Je dis me paraît être parce que, désirant vous la montrer tout entière, je n'ai pas fait pratiquer l'examen microscopique. Il s'agit d'un malade, âgé de 49 ans, qui se plaignait d'une obstruction de la fosse nasale gauche remontant à plusieurs années. Il était principalement gêné la nuit, parce que, dans le décubitus latéral droit, la fosse nasale droite s'obstruait à son tour. Obligé de respirer la bouche ouverte, le malade dormait d'un sommeil entrecoupé et était tourmenté par une sécheresse très prononcée de la langue et de la gorge. La sécrétion nasale n'était pas très abondante ; il n'y avait jamais eu d'épistaxis ni de douleurs et le nez n'était aucunement déformé. Par la rhinoscopie antérieure, je constatai à gauche, une hypertrophie assez prononcée du cornet inférieur, et vis, en outre, dans le fond de la fosse nasale, une tumeur rose, qui semblait à peu près grosse comme une framboise, et qui avait tout à fait l'aspect mamelonné de ce fruit. Cette tumeur, qui s'insérait sous l'extrémité postérieure du cornet inférieur par un pédicule assez large, était molle et mobile ; elle se déplaçait dans les mouvements d'expiration, et permettait ainsi à l'air de passer, en petite quantité toutefois.

A la rhinoscopie postérieure, je découvris qu'elle avait au moins le volume d'une mirabelle, qu'elle obstruait complètement la choane, et qu'elle faisait fortement saillie dans l'arrière-cavité. Elle était assez volumineuse et assez mobile pour venir boucher la choane droite, quand le malade était dans le décubitus dorsal.

J'ajoute que la muqueuse du cornet inférieur droit était légè-

rement hypertrophiée. D'après l'aspect de la tumeur, sa consistance et son point d'implantation, je crus devoir faire le diagnostic du papillome, avec quelques réserves néanmoins, car l'adénome papillaire ressemble beaucoup au papillome. Le sarcome présente parfois l'aspect papillaire, mais il a en général une marche rapidement envahissante. Il s'ulcère de bonne heure, saigne abondamment, s'accompagne d'un écoulement sanieux et provoque souvent des douleurs vives. Les polypes muqueux ont un aspect presque caractéristique et s'insèrent habituellement dans le méat moyen ou dans le méat supérieur. Quant à l'angiome papillaire, il donne lieu, le plus souvent, à des épistaxis très abondants. Resterait l'adénome papillaire. L'examen microscopique permettra seul de se prononcer d'une façon certaine. Dans tous les cas, il est permis de supposer que la tumeur est bénigne.

L'ablation a été faite avec l'anse froide et par la voie antérieure. Il me fut impossible, à cause du volume relativement considérable de la tumeur, de l'enlever en une seule fois. Je fus obligé de la fragmenter en plusieurs morceaux, ce que rendait facile sa consistance molle. Je ne parvins d'ailleurs à débarrasser complètement le malade qu'après trois séances pratiquées à huit jours d'intervalle. J'ai fait suivre la dernière ablation d'une cautérisation énergique pratiquée sur le point d'implantation, à l'aide du galvano-cautère. J'ai aussi cautérisé la muqueuse des deux cornets inférieurs. La tumeur, conservée dans l'alcool rectifié, s'est un peu ratatinée. Néanmoins, ainsi que vous pouvez le voir ici, ses fragments réunis représenteraient le volume d'une grosse mirabelle. Plusieurs de ces fragments ont encore très nettement l'aspect papillaire.

Les papillomes des fosses nasales sont rares. C'est pourquoi j'ai pensé que cette tumeur, qui est très probablement un papillome, pourrait offrir un certain intérêt étant donné que son volume sort un peu de l'ordinaire.

Je rappellerai que Michel, Tillaux, Aysaguer, Verneuil, Chiari, Cozzolino, Moure, Lacoarret, Botey, ont publié des observations de papillome vrai, en signalant l'extrême rareté de ce genre de tumeur. Moi-même j'ai, il y a deux ans, communiqué un cas de ce genre à la Société française d'otologie. Quant à Hopmann, Schech et Schaeffer, qui auraient vu de nombreux cas, ils paraissent avoir réuni, sous la dénomination de papillome, toutes les tumeurs ayant l'aspect papillaire, les angiomes, les adénomes, les sarcomes papillaires et les papillomes vrais.

M. Delie. *Anomalies du voile du palais.* — Le pilier antérieur droit forme un fil charnu de 2 millimètres d'épaisseur tendu, sur la paroi latérale du pharynx à une distance de 3 millimètres de ce dernier, il renferme un vaisseau artériel très visible et s'insère à la base de la langue. Le pilier postérieur est formé par une saillie charnue de la muqueuse, mesure 2 millimètres d'épaisseur et prend naissance sur le voile à 1 centimètre de la base de la luette pour se diriger directement et horizontalement vers la paroi postérieure du pharynx ; en touchant le pharynx, il prend un aspect tendineux, n'a plus qu'un millimètre de dimension et se dirige en bas et en dedans vers la ligne médiane où il rejoint celui de l'autre côté. Le pilier antérieur gauche constitue d'abord un vrai pilier normal ; vers le milieu de sa hauteur, il se divise en deux parties : l'une suit la direction normale et s'insère à la base de la langue, l'autre prend l'aspect d'un véritable pilier postérieur ordinaire, a une épaisseur de 2-3 millimètres, se dirige obliquement en bas et en arrière et va s'insérer à la base de la langue. Dans sa partie inférieure, il présente un renflement charnu de la grandeur d'un petit pois de 7 millimètres de diamètre : le renflement est logé entre les deux divisions du pilier antérieur et représente une amygdale rudimentaire, lisse et sans orifice glandulaire. Le pilier postérieur gauche est analogue au droit. En outre, entre les bords de la luette et les deux piliers postérieurs se trouve un espace ovalaire qui communique avec le pharynx nasal. Enfin, la muqueuse comprise entre le pilier droit postérieur et la paroi latérale du pharynx a un aspect luisant et fort tendu, moins rouge que le reste de la muqueuse. C'est une vraie loge de l'amygdale absente.

M. Schiffers. *Cancer des poumons, de la trachée et du larynx.* — La pièce pathologique que j'ai l'honneur de vous présenter est des plus intéressantes. Nous rencontrons d'abord une dégénérescence cancéreuse du sommet du poumon gauche ; la bronche gauche est comprimée par la masse néoplasique qui en a réduit le calibre au minimum ; ses parois ont également subi la dégénérescence cancéreuse. Le larynx présente une luxation complète du cartilage aryténoïde gauche ; le crico-aryténoïdien est paralysé; le sinus est infiltré en partie à la région du cou ; il existait, surtout à gauche, des masses ganglionnaires dures et résistantes. Malgré ces lésions colossales, le malade avait pu se livrer à ses occupations jusqu'aux derniers mo-

ments; il avait seulement présenté de la dyspnée par accès, sans douleurs; la déglutition était gênée, mais il avait conservé l'appétit et ne présentait pas le facies cancéreux. L'examen de la poitrine avait fait porter le diagnostic de cancer du médiastin.

M. BAYER. *De l'asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale.* — Voltolini est le premier à avoir attiré l'attention des rhinologistes sur l'asthme réflexe nasal; il a le mérite de l'avoir fait entrer dans le domaine de la clinique générale. Mais les exagérations auxquelles on s'est porté ont failli jeter le discrédit sur cette affection. Ma première observation d'asthme réflexe nasal, guéri rapidement par l'extirpation d'un polype, date de 1875. Dans la suite, j'ai rencontré bon nombre de malades atteints de l'une ou de l'autre affection nasale compliquée d'asthme et me suis mis en garde contre un enthousiasme exagéré. Longtemps avant la publication de Hack, je connaissais déjà le revers de la médaille. Je recherchais la cause de mes insuccès et je remarquai qu'il existait, chez la plupart de ces malades, des troubles gastriques qui entretenaient les symptômes respiratoires (asthme, oppression, sifflements des bronches) ou cardiaques (palpitations). Généralement il s'agissait d'un catarrhe du tube digestif accompagné de dyspepsie flatulente, de constipation et parfois d'inappétence. La régularisation du régime, l'administration des eaux de Kissingen, de Marienbad, de Chatel-Guyon, de Vichy (le matin et dans la journée dans l'intervalle des repas), du thé Chambard, de la poudre de réglisse composée, des cascarines, des lavements, le massage, etc.) rétablissaient le fonctionnement de l'intestin normal et faisaient disparaître les symptômes réflexes qui résistaient au traitement nasal.

Le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir se rapporte à un catarrhe gastro-intestinal aigu que j'ai observé cette année chez une jeune fille, sujette à l'asthme reflexe nasal. Alors que les muqueuses nasale et naso-pharyngienne se trouvaient à l'état normal, l'accès de l'asthme se développa néanmoins; mais le traitement qui soulageait antérieurement le malade, restait cette fois sans effet, il ne faisait au contraire qu'exagérer l'embarras gastrique. Je m'occupai alors de traiter le catarrhe gastro-intestinal; comme la constipation résistait aux remèdes susindiqués, je fis usage de l'huile de ricin qui détermina un soulagement considérable; l'oppression disparut rapidement, et dès le commencement de la quatrième semaine la malade pouvait se mettre en voyage.

Il est évident que ces malades présentent une surexcitabilité du centre réflexe bulbaire qui, sous l'influence des irritations provenant soit de la muqueuse nasale soit de la muqueuse gastro-intestinale, réagit d'une façon toujours identique et donne lieu à l'asthme, à l'oppression, etc.

M. Higuet. 1° *Curette de Gottstein modifiée.* — Lorsqu'on enlève les végétations adénoïdes au moyen de la curette de Gottstein, l'instrument vient butter contre la cloison, et les parties de tumeur adénoïde qui font saillie dans les choanes ne sont pas enlevées. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai donné à l'anneau coupant de forme triangulaire la forme d'un cœur de carte à jouer. Dans l'application de cet instrument, la cloison se loge dans l'encoche de la partie médiane, tandis que les parties latérales saillantes enlèvent facilement les parcelles de la tumeur qui se trouvent à l'entrée des choanes.

2° *Pince pour les granulations de l'oreille.* — Cette pièce est adaptée à l'ancienne pince à tube de Bonnafont; elle est triangulaire et fenêtrée. Les deux branches de la pince sont coupantes à la base du triangle. Elles sont destinées à remplacer les curettes, toujours douloureuses, pour l'enlèvement des granulations de la caisse, et elles permettent d'embrasser d'un seul coup des végétations d'un certain volume.

3° *Cas d'aphonie hystérique.* — Jonquières a publié l'année dernière la relation d'un cas d'aphonie spastique hystérique, guéri par la compression des ovaires. Celui que j'ai observé se rapporte à une jeune fille de 17 ans, de constitution lymphatique, hystérique, anémique et qui était irrégulièrement réglée depuis quelque temps. Elle était devenue aphone depuis cinq semaines. A l'examen laryngoscopique, je trouvai un léger catarrhe du larynx, les cordes vocales se rapprochaient spasmodiquement pendant la phonation, laissaient béant un espace triangulaire dans la partie cartilagineuse. La malade ne se faisait comprendre que par la voix chuchotée et en faisant de grands efforts. Je la soumis à un traitement électrique et ferrugineux, puis aux douches, sans grand résultat. Me rappelant le traitement de Jonquières, je fis la compression des ovaires qui rendit immédiatement la voix à la patiente. A différentes reprises, celle-ci fut atteinte d'aphonie à l'époque des règles, soit à la suite d'émotion. Mais l'examen laryngoscopique ne me fit voir dans ce cas que la paralysie hystérique habituelle. Y a-t-il lieu de considérer cette aphonie comme le résultat d'un spasme ou de la paralysie des

muscles inter-aryténoïdien? L'absence de rapprochement en arrière est un phénomène aryténoïdien, et on doit considérer le rapprochement spasmodique de la partie ligamenteuse des cordes vocales comme le résultat de l'effort d'un groupe de muscles habitués à être secondés par un autre groupe de muscles (inter-aryténoïdien) et qui sont actuellement paralysés. Quant au résultat du traitement, il justifie ma manière de voir, car la compression des ovaires ne fait pas disparaître le spasme des muscles laryngés, mais bien la paralysie, ainsi que me l'a démontré l'examen laryngoscopique pratiqué immédiatement après la manœuvre. Du reste tous ceux qui ont assisté à des opérations abdominales se rappellent que les tiraillements ou la compression des ovaires pendant ces opérations, amènent immédiatement un spasme laryngé. Je crois, d'après ces considérations, pouvoir justifier la dénomination de paralysie hystérique inter-aryténoïdienne que je donne aux cas de ce genre.

M. Rutten. *Un cas de bourse pharyngienne et de division du voile du palais, permettant de voir parfaitement l'orifice de la bourse.* — La difformité congénitale du voile du palais permet d'examiner à la lumière directe toutes les parties de la voûte pharyngienne jusqu'aux fossettes de Rosenmüller. On voit que la muqueuse au niveau de l'apophyse basilaire est rouge, épaisse, résistante et d'aspect gaufré. Immédiatement en dessous on trouve une dépression médiane, causée par les longs du cou et présentant, du côté gauche, un orifice circulaire donnant issue à du muco-pus. La poche ne fait pas de saillie proprement dite au-dessus de la paroi. Elle mesure 7 millimètres de profondeur sur le bas et sur les côtés, et 3 vers le haut. De nombreuses petites poches existent tout autour d'elle ainsi qu'au niveau des fossettes de Rosenmüller.

La bourse de Luschka n'est qu'une glande de la cavité médiane transformée, par inflammation, en cavité kystique. En outre, je conclus que la région de Tornwald et les fossettes de Rosenmüller peuvent être atteintes de catarrhe localisé, et que les glandes peuvent subir de véritables transformations avec formation de dépressions ponctiformes ou de véritables poches. La dénomination de pharyngite sacculaire me paraît justifiée.

M. Delie. 1° *Calcul de l'amygdale.* — Ce calcul provient de l'amygdale d'une fillette de onze ans, qui souffrait depuis deux ans.

2° *Deux curieux cérumens.* — Il s'agit de deux cérumens

complètement analogues à des doigts de gants fabriqués avec du collodion jaunâtre. La surdité était très prononcée chez la malade, qui présentait ces singulières formes de sécrétion de cérumen.

3° *Sarcome de la cavité naso-pharyngienne.* — Il s'agit d'un jeune garçon qui avait été atteint et opéré de végétations adénoïdes, et chez lequel on constatait la présence d'une tumeur qui paraissait assez molle, saignait souvent spontanément, et qui descendait dans le pharynx. J'en fis l'ablation et, à l'examen microscopique, je découvris qu'elle était constituée par un tissu adénoïde hypertrophié. Cependant, une seconde extirpation fut bientôt rendue nécessaire : j'eus recours à l'anse galvanocautère. Trois semaines après la guérison était presque complète, mais il persistait encore quelques nodosités, tandis que la gêne respiratoire réapparaissait. J'intervins à nouveau en anesthésiant le sujet à l'aide du chloroforme-chloral, et j'extirpai complètement le néoplasme. Mais l'examen microscopique restait négatif au sujet de la nature maligne de la production. De même l'absence de tuméfactions ganglionnaires. Comme une nouvelle récidive se déclarait, je l'adressai à M. Capart, qui devait faire l'essai de l'électrolyse. Les premiers résultats furent encourageants, mais bientôt s'élevèrent des doutes au sujet du caractère bénin du cas, car les ganglions s'étaient gonflés depuis quelque temps. Il s'agissait en effet d'un sarcome globocellulaire ; l'extirpation était urgente pour sauvegarder la vie du malade. Mais il mourut subitement. Il n'avait plus présenté d'hémorrhagie depuis la seconde opération.

Je crois pouvoir conclure que les végétations adénoïdes peuvent récidiver, qu'elles peuvent se transformer en néoplasme malin et qu'enfin les hémorrhagies les plus fréquentes n'accompagnent pas toujours le sarcome le plus développé.

M. Gevaert. 1° *Un cas de lupus traité d'après la méthode de Koch.* — Je vous présente deux photographies qui se rapportent à un cas de lupus érythématoïde du nez ; il existait une large plaque de lupus au niveau des ailes du nez, et une autre, plus petite, vers la paupière inférieure. J'appliquai la méthode de Koch et fis huit injections du liquide. La guérison fut rapide et complète : la région malade présentait une surface lisse. Mais quatre semaines après la récidive se produisait.

2° *Un cas de guérison de sarcome interaryténoïdien.* — J'ai

opéré, il y a six ans, une femme de 58 ans, qui était atteinte de sarcome du larynx. Le néoplasme, qui avait le volume d'une châtaigne, occupait l'espace interaryténoïdien; il avait déjeté à droite et à gauche les cartilages aryténoïdes et formait un bourrelet saillant en avant dans le larynx, et en arrière dans l'œsophage. Le diagnostic avait été : cancer squirrheux du larynx. La tumeur fut extirpée en une fois. M. Van Bugs en fit l'examen microscopique et reconnut qu'elle était constituée par un sarcome, en partie fuso-cellulaire. Aujourd'hui la guérison reste parfaite.

M. Capart. *Présentation de malades :*

1° Homme atteint de *pachydermie laryngée type*, considérablement amélioré par suite de l'administration à l'intérieur de l iodure de potassium. Tous les moyens locaux irritaient plutôt la muqueuse. Chose remarquable, ce malade est d'origine allemande. J'ai observé cette affection deux fois, et les deux fois chez un Allemand, jamais chez un Belge.

2° Homme présentant une *ulcération amygdalienne* qui sécrétait abondamment; le pus renfermait un grand nombre de bacilles. Bientôt une nouvelle poussée se produisit du côté du voile du palais et donna lieu à une vaste ulcération, affectant une marche envahissante très prononcée. J'eus recours à la pyoctanine qui arrêta immédiatement les progrès du mal.

3° Un malade présentait une *ulcération épithéliale de la langue*. Celle-ci avait une consistance très dure et provoquait des douleurs du côté de l'oreille. M. le Dr Dubois fit l'ablation du mal à l'aide de la chaîne de Chassaignac, mais je découvris bientôt que l'on avait affaire à une affection tuberculeuse. Celle-ci s'était développée sous la forme clinique de l'épithélioma.

4° Le quatrième cas se rapporte à une femme qui présentait tous les symptômes d'un abcès du sinus maxillaire; les injections faites par le méat inférieur étaient restées inefficaces. L'ouverture de l'antre par la fosse canine me permit de constater que la paroi antérieure avait disparu. Il en sortit une masse analogue au frai de grenouille. Je fis un grattage de la cavité mais sans obtenir d'amélioration. Peu de temps après, il se développa de l'exophtalmie et je pus diagnostiquer une tumeur maligne du sinus maxillaire, un sarcome. Je réséquai complètement l'os maxillaire et l'os malaire. La malade est très bien; jusqu'à présent pas d'apparence de récidive.

5° Ce malade souffrait de dysphagie et respirait difficile-

ment. Je découvris une ulcération qui était surtout prononcée sur la corde vocale droite. La pyoctanine procura une guérison complète en quelques semaines.

6° Il s'agit d'une ulcération interaryténoïdienne accompagnée d'œdème.

M. Moll. Dans ces dernières années j'ai traité 103 *cas de sténose laryngée diphtéritique* dont 92 tubages avec 37 guérisons : 40.2 0/0 et 11 trachéotomies avec 4 guérisons. Dans ces derniers cas, la trachéotomie n'était pas indiquée ou était restée sans résultat. La mortalité de la diphtérie est, dans les premières années, de 10 0/0 (Isambert), 10 0/0 (Schwalbe), 13 0/0 (Krœnlein, de 1870-76); en 1878, 18 opérés moururent consécutivement. Des 92 intubés, 31 avaient moins de 3 ans et ont donné 12 guérisons, soit 38 0/0, se répartissant comme suit :

6	enfants au-dessous de	1 an,	2 guérisons :	33 0/0.
8	— —	2 ans,	3 —	37,5 0/0.
17	— —	3 ans,	7 —	41 0/0.

Parmi les cas de mort relevant directement du tubage, j'en citerai 3 de mort subite, 3 par obstruction du tube par des membranes et 1 par accident. C'est pour prévoir ces accidents que je conseille de laisser le fil en place : on amène celui-ci en dehors de chaque narine au moyen d'un cathéter de Nélaton et on fixe les chefs en avant de la cloison; l'extraction du tube est dès lors facile. Parmi les cas de guérison, je mentionnerai spécialement celui d'un enfant qui expulsa son tube quelques heures après l'introduction; je dus le remettre en place dix fois en huit jours. Ce cas était très grave : la diphtérie dura quinze jours. Je considère l'introduction répétée du tube comme inoffensive.

M. Laurent. *Tumeurs fibreuses de la base de la langue en avant de l'épiglotte* (sera publié).

Le Dr Gouguenheim, de Paris, dans le service auquel la malade atteinte de cette affection a été observée par le Dr Laurent, dit que cette malade était venue le consulter pour des *troubles vocaux* remontant à une époque assez éloignée et qui s'étaient accentués progressivement. A l'examen laryngoscopique, on découvrit plusieurs tumeurs de la base de la langue, lisses, arrondies, d'un blanc rosé et ayant une certaine mobilité qui faisait

passer l'une d'elles, la plus volumineuse, assez facilement en arrière de l'épiglotte. Le larynx était normal dans toutes les parties.

Cette observation est donc un type assez curieux des troubles de la voix d'ordre réflexe, et la malade ne se plaignait que de cela, la déglutition n'était pas altérée.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Ossification du pavillon consécutive à une périchondrite séro-purulente, par KNAPP. (*Arch. of otology*, n° 1, 1890.)

L'ossification du pavillon est si rare qu'elle a pu être mise en doute et que l'auteur n'a pu en trouver que trois cas dans la littérature. Il les rapporte brièvement : le premier est dû à Bochdalek, le second à Voltolini et le troisième à Gudden. D'ailleurs Rayer avait montré expérimentalement qu'en irritant le cartilage de l'oreille chez le lapin on pouvait arriver à un véritable développement d'os.

Knapp rapporte en détail une observation de périchondrite séro-purulente et l'opération qu'il pratiqua pour enlever une masse dure, de consistance osseuse, qui s'était développée à la partie supérieure du pavillon et le déformait complètement. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'une néoformation osseuse avec canalicules de Havers bien développés. M. LS.

Les ruptures du tympan et leur importance médico-légale, par le Dr TREITEL, de Breslau. (*Arch. of otology*, nos 2-3, 1890.)

Ce travail fait à la clinique de Gottstein, est basé sur l'examen de dix-huit cas dont quelques-uns furent le point de départ d'une action judiciaire. L'auteur discute les conditions qui peuvent expliquer la rupture, l'élasticité de la membrane, son état antérieur, la rigidité plus ou moins marquée des parois du conduit auditif externe, etc. Les symptômes sont étudiés avec soin : Relativement au point où se produit la rupture, il admet que c'est dans la moitié inférieure : sur onze cas, il s'en trouve

huit en avant du manche et trois en arrière. Aussi admet-il que le siège de prédilection des ruptures est le quadrant antéro-inférieur.

La question de la surdité consécutive est le point médico-légal le plus important, et notamment ce fait que la surdité peut persister longtemps après que la rupture s'est cicatrisée et que le tympan s'est refermé. L'auteur énumère les différentes théories qui ont été émises à ce sujet, et admet, par exclusion, que l'appareil percepteur des sons a été lésé dans l'oreille en même temps que s'est produite la rupture. M. LS.

Deux cas d'abcès otitiques du cerveau; guérison par la trépanation, par M. U. Pritchard. (*Arch. of otology*, nos 2-3, 1890.)

Dans l'un et l'autre de ces deux cas, il s'agissait d'otorrhées anciennes. Dans le premier, on appliqua d'abord une couronne de trépan, et comme la dure-mère apparaissait saine et que l'aiguille exploratrice ne ramenait pas de pus, on appliqua une deuxième couronne à un pouce plus en arrière : vaste collection purulente en dehors de la dure-mère. Après avoir agrandi l'ouverture avec le trépan et les ciseaux, on fit une quatrième ouverture pour assurer le drainage. Guérison complète sauf un peu de lenteur de la parole.

Dans le deuxième cas, il fallut aller chercher assez profondément le pus avec l'aiguille exploratrice au-dessous de la dure-mère qui paraissait saine. Le malade est guéri, mais a eu deux pertes de connaissance avec un peu d'aphasie. M. LS.

De la surdité progressive (sclérose) et de son traitement par la ténotomie du tenseur du tympan, par Cholewa, de Berlin. (*Arch. of otol.*, nos 2-3, 1890.)

Dans ce travail fait à la clinique de Hartmann, l'auteur admet avec son maître qu'il y a une forme de sclérose qui a pour point de départ une hyperémie de la caisse. Mais à côté de celle-ci, il y a une sclérose sans hyperémie, mais avec des troubles labyrinthiques si précoces qu'on ne peut s'empêcher de songer à une altération trophique simultanée de l'oreille moyenne et du labyrinthe : c'est la *sclérose névropathique*.

Il insiste ensuite sur ce fait que, dans la sclérose névropathique, *il y a toujours une anesthésie prononcée du tympan*, et que l'oreille la plus malade est toujours la plus anesthésiée.

Après des considérations dans lesquelles nous ne pouvons le suivre sur la valeur des expériences de Weber et de Rinne, il pose les indications de l'opération de la ténotomie qui lui semble être tombée dans un oubli immérité.

Il faut opérer dans les cas de sclérose névropathique lorsque les conductions osseuse et aérienne ne sont pas tombées trop bas. La conduction osseuse (vertex), pour le diapason C-C[2] doit être d'au moins huit secondes; pour la conduction aérienne il faut que le quart de la durée normale de perception soit conservée. Il conseille d'opérer sur l'oreille la plus mauvaise, car il croit, avec Weber-Liel, que le traitement d'une oreille peut amener un résultat favorable du côté opposé.

En second lieu, il faut opérer l'oreille la plus mauvaise dans les cas où l'épreuve de Weber positive et l'épreuve de Rinne négative montrent qu'il y a dans cette oreille des obstacles à la conduction (ankylose). Il dit que la ténotomie lui a donné dans ces cas d'excellents résultats.

Enfin, si une oreille est totalement sourde et que l'autre soit en train de le devenir, il faut opérer cette dernière en pensant que la diminution de la tension de l'appareil musculaire d'un côté aura une action favorable sur celui du côté opposé.

En terminant, l'auteur fait remarquer que l'anesthésie du tympan facilite beaucoup l'opération : on peut d'ailleurs augmenter l'insensibilité avec des solutions d'alun, d'acide tartrique, ou l'application d'un petit tampon imprégné d'éther.

Malheureusement l'auteur ne se prononce pas sur la durée de l'amélioration obtenue, sous prétexte que son observation ne remonte pas à une date assez éloignée. C'est cependant le point qu'il eût été le plus important de connaître. M. LS.

Un cas d'enlèvement d'une exostose du conduit auditif externe, par le Dr Heiman, de Varsovie. (*Arch. of otol.*, nos 2-3, 1890.)

Le titre seul de ce petit mémoire dispense d'en faire une longue analyse. En arrière d'une tumeur osseuse de 7mm,5 de long, de 6 millimètres de large et de 5 millimètres de haut, ne laissant entre elle et la paroi qu'une fente mince, il s'était développé une otite fongueuse. La guérison s'obtint rapidement après l'ablation. L'auteur a employé le ciseau, qu'il préconise contre toute autre méthode. Trois petites figures font bien voir la lésion et le résultat opératoire. M. LS.

Deux cas de cancer du pavillon, par M. E. Valy. (*Pest. med. ch. Presse*, n° 43, 26 obtobre 1890.)

I. — Un homme de 62 ans portait depuis dix ans à la base du pavillon une petite tumeur grosse comme un haricot, dure, suintant de temps à autre et qu'il grattait souvent. Il y a quelques mois, elle se mit à suppurer et l'ulcération a beaucoup augmenté. Depuis un mois, douleurs vives, lancinantes, s'étendant jusqu'au tympan. A l'examen, tumeur grosse comme une petite noix, dure, occupant la partie postérieure de la conque. La face antérieure est infiltrée avec des points nécrosés et suppurants. Gonflement des ganglions du cou. On enlève le pavillon et on retire du conduit auditif externe des lambeaux nécrosés de la tumeur. Guérison qui se maintient après huit mois.

II. — Homme de 70 ans. Il y a plus de deux mois que le pavillon a commencé à se gonfler et à présenter l'aspect d'une oreille gelée. Plus tard le pavillon s'exulcéra, devint gros comme le poing et nettement carcinomateux. Gonflement des ganglions du cou et de l'aisselle. Pas d'opération en raison de l'âge, de la cachexie et de l'étendue de la lésion. M. LS.

Un cas d'ostéome du conduit auditif externe, par le Dr C. Lichtenberg, de Budapest. (Société de médecine, séance du 14 mars 1891, *in Pester med. chirurg.*, *Presse*, n° 12, 1891.)

L'auteur a enlevé, au moyen d'un écraseur, une tumeur du conduit auditif externe, qui était recouverte d'une enveloppe lisse et blanc rougeâtre. Au début, Lichtenberg pensait à un corps étranger, qui aurait pénétré et se serait inséré dans l'oreille, puis à un otolithe; mais l'examen microscopique fait par le Dr Mátrai a montré l'existence d'un *ostéome* avec un noyau osseux, dont le tégument et l'insertion étaient périostiques. L'auteur trouva intéressante la place de l'insertion de la tumeur, qui était située à 2 millimètres de l'orifice du conduit auditif externe, sur la paroi antérieure cartilagineuse. Après l'ablation du néoplasme, le tiers antérieur du conduit auditif s'est rétréci, probablement par atrophie produite par la pression; le conduit s'étant trouvé ainsi sans soutien s'est rétréci. SZENES.

Un cas de surdité accompagnée d'un catarrhe de l'oreille moyenne et d'une affection labyrinthique, guérie par la pilocarpine, par le Dr J. Böke, professeur à Budapest. (Société de médecine, séance du 3 mai 1890. *Annales de la Société*, p. 118-120, 1890.)

Cocher de 37 ans, chez qui l'audition a diminué successive-

ment pendant cinq mois, de sorte que la surdité fut complète tant à travers l'air qu'à travers l'os, et il avait aussi du vertige et des bourdonnements. L'auteur a fait au commencement le cathétérisme et donné l'iodure de potassium, mais sans résultat, puisque l'effet était nul après dix jours; on tenta alors des injections de *pilocarpine*. Après dix jours de traitement avec l'iodure une *roséole syphilitique* apparut au front du malade et il avoua lui-même qu'il avait séjourné quelques mois avant dans un service de l'hôpital pour la syphilis. Le malade a pris en tout 36 centigrammes de pilocarpine et, après quelques injections, l'ouïe était meilleure, et à la fin du traitement, il entendait la montre à la distance de 30 centimètres et même les mots prononcés à voix basse à 4 à 5 mètres. L'auteur est de l'avis de Politzer, qui attend de bons résultats de la pilocarpine dans les affections syphilitiques de l'oreille, mais dans les cas de surdité, dépendant d'autres affections du labyrinthe ou de la caisse, le traitement par la pilocarpine n'agit pas. SZENES.

Collapsus de la membrane du tympan, par le Dr C. LICHTENBERG, de Budapest. (Société de médecine, séance du 21 mars 1891. *Pester med. chir. Presse*, n° 14, 1891.)

Jeune fille de 16 ans, chez qui l'ouïe a subi depuis deux ans de grandes fluctuations; elle entendait, sans cause, tantôt très bien, tantôt très mal. L'auteur, à l'examen oculaire, a cru voir une grande perte de substance de la membrane du tympan, car il a pu voir l'os blanc et anémique du promontoire, le pli antérieur et postérieur et la paroi extérieure de la poche de la membrane du tympan, le col du marteau, la niche du foramen rotundum, le tenseur et la corde du tympan, la caisse verticale de l'enclume, la tête de l'étrier avec sa partie postérieure, et enfin aussi le tendon du muscle de l'enclume. A ce moment, l'ouïe était très mauvaise, mais après une insufflation d'air, la malade entend normalement, et on put voir qu'une partie du dernier quart du conduit auditif externe était remplie par une tumeur de la forme d'un sac, et l'image, au début, avait disparu. Ce grand relâchement de la membrane du tympan est appelé par l'auteur collapsus. L'atrophie de la membrane du tympan, qui permet à chaque respiration d'y apercevoir des ondulations, est, d'un côté, la conséquence d'un catarrhe chronique du nez, de la trompe d'Eustache et de la caisse, et, de l'autre côté, est la suite des insufflations continuelles durant

deux années. Lichtenberg a essayé plusieurs fois de couper la membrane du tympan, mais sans résultat, voilà pourquoi il veut le faire au moyen de la galvanocaustique. SZENES.

Un procédé simple d'extirpation des polypes du nez, par M. E. KURZ, de Florence. (*Wien. med. Presse*, n° 44, 1890.)

Kurz a employé ce procédé dans deux cas : dans le premier, il s'agissait d'un enfant qui ne voulait pas se tenir tranquille et qu'on dut chloroformer, dans le second, d'un jeune homme de 20 ans chez lequel un polype volumineux et profond n'avait pu être enlevé par l'anse froide ordinaire. Kurz s'est servi de la sonde de Belloc ordinaire en attachant à son extrémité munie d'un fil un peu long deux éponges pas trop dures, dont la première avait le volume d'une noix. Dans les deux cas, la première éponge, en passant d'arrière en avant dans la narine, ramena avec elle le polype détaché de son point d'implantation. C'est un procédé très simple, non douloureux, qui peut être aussi employé pour les corps étrangers des fosses nasales. M. LS.

Lymphadénite rétropharyngée guérie par la trachéotomie, par le Dr BOKAI. (*Pest. med. ch. Presse*, n° 43, 1890.)

M. Bokai a présenté à la Société des médecins de Budapest un enfant de 8 ans chez lequel on fit la trachéotomie pour une suffocation intense, après que l'incision avec le pharyngotome eut échoué. L'enfant guérit rapidement et le gonflement rétropharyngien disparut au bout de quatre jours sans suppuration. Enlèvement de la canule quatre jours après l'opération. Le gonflement des glandes lymphatiques avait été amené par une otite moyenne aiguë. M. LS.

Traitement du goitre en Suède, par ROSANDER, de Stockholm. (Congrès international de Berlin, 1890, *in Revue de chirurgie*, octobre 1890.)

L'auteur a pratiqué 32 opérations de thyroïdectomie totale, sans myxœdème ; il pense que ce résultat tient à ce que le corps thyroïde est suppléé peu à peu par la rate. A. G.

Tumeurs du corps thyroïde, par J. BERRY. (Soc. path. de Londres, séance du 21 janvier 1890, *in Mercredi médical*, 29 janvier 1890.)

A la Société pathologique de Londres, le Dr Berry a présenté de nombreuses pièces d'affections du corps thyroïde,

opérées ou extraites du cadavre. L'étude de ces pièces lui a démontré l'atrophie extrême du corps thyroïde dans le myxœdème (2 cas) et la conservation du tissu normal dans le corps thyroïde atrophié des vieillards. Il a pu constater que l'hypertrophie dite parenchymateuse est rare, et qu'habituellement les tumeurs volumineuses sont dues à des cavités kystiques ou quelquefois à des corps solides enkystés. La situation du goitre est variable, elle n'est pas toujours médiane. La trachée aplatie ou déviée suivant le siège de la tumeur n'était habituellement ni atrophiée ni ramollie. Enfin, l'auteur présente aussi des compressions de l'œsophage, des récurrents et des sympathiques.

A. G.

NOUVELLES

Notre savant collaborateur, le Dr O. Chiari, vient d'être nommé professeur extraordinaire de laryngoscopie et de rhinoscopie à l'Université de Vienne.

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort du doyen des otologistes français, le Dr Bonnafont qui a succombé à Paris, le 19 mai, à l'âge de 86 ans. Il avait été un des premiers collaborateurs de ce journal à sa fondation.

Les journaux américains annoncent la mort du Dr E. Caroll Morgan, décédé à Washington, à l'âge de 35 ans. Il avait été président de l'Association laryngologique américaine.

La Société de *Laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris* s'est réunie le 5 juin. Communications annoncées : *Cartaz :* 1° Erythème consécutif aux insufflations de salol ; 2° paralysie bilatérale des récurrents par anévrisme aortique.— *Gellé :* 1° Perforation de la cloison nasale dans la fièvre typhoïde ; 2° un nouveau cas de surdité dans les oreillons. — *Ruault :* De la va-

leur diagnostique et pronostique de la translucidité de la face dans les suppurations nasales. — *Saint-Hilaire :* Démonstration des propriétés anesthésiques de l'antipyrine. De son emploi dans les affections de la gorge et du larynx.

Nous lisons dans la *Revue générale de clinique et thérapeutique* que le Dr Louis Secrétan a été nommé privat docent d'otologie et de laryngologie à la Faculté de médecine de Lausanne.

La *Wiener Klinische Wochenschrift* annonce la nomination du Dr Uchermann comme docent d'otologie et de laryngologie, à l'Université de Christiania.

La *British Medical Association* tiendra sa réunion annuelle à Bornemouth, les 28, 29, 30 et 31 juillet 1891.

Nous avons relevé sur le programme les communications suivantes intéressant notre spécialité, dans les diverses sections :

Médecine. — Érysipèle du pharynx, par F. de Haorlland Hall.

Chirurgie. — État actuel de la chirurgie intra-nasale, par W.-J. Walshman. — Chirurgie intra-nasale en rapport avec l'éternuement et la fièvre des foins, par Greville Macdonald.— État actuel de la chirurgie nasale, par C.-J. Symonds et Scanes Spicer. — Pathologie, diagnostic et traitement chirurgical de l'ethmoïdite nécrosante, par Woakes.

Médecine publique. — Une épidémie de diphtérie à Leeds, par Cameron. — Diphtérie, cause de son accroissement et moyens de la prévenir, par A. Carpenter.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculosen unter der Behandlung mit Tuberkulin (Sur la marche des otites moyennes suppurées chez les tuberculeux traités par la tuberculine), par Schwabach. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Wochens.*, n° 20, 1891.)

Sulla classificazione e sulla etiologia delle otite medie in generale Leçon de clinique par G. Gradenigo, recueillie par M. Cardoso. (Extrait du *Sperimentalo*, 30 avril 1891.)

Bacteriological examinations of the contents of the tympanic cavity in cadavers of new born and young infants (Recherches bactériologiques sur le contenu de la cavité du tympan sur des cadavres de nouveau-nés et de jeunes enfants), par G. Gradenigo et R. Penzo. (Extrait des *Archiv of Otology*, n° 2, 1891.)

La patologia e la chirurgia dei seni nasali (frontali, mascellari, etmoidali e sfenoïdali). Six leçons professées à l'hôpital clinique de Naples pendant l'année scolaire 1889-1890, par V. Cozzolino. (Typog. A. Troni, Naples, 1891.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 58.6.91.

Juillet 1891. — N° 7.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ÉTUDES SUR LES LARYNGITES CHRONIQUES. — PROCESSUS PACHYDERMIQUE. — TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par **Paul TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris,
lauréat de la Faculté de médecine.

I

Les recherches cliniques et anatomiques qui servent de base à ce travail ont été faites, en 1889, à l'Hôtel-Dieu, dans le service et le laboratoire de M. le professeur Proust, dont nous avions l'honneur d'être l'interne. Il nous a permis depuis de les compléter. Il n'est que juste de lui adresser ici l'expression de notre profonde gratitude.

On rencontre assez souvent des individus, des hommes dans l'immense majorité des cas, atteints de troubles plus ou moins sérieux de la phonation, allant de l'enrouement léger jusqu'à l'aphonie, troubles qui ne relèvent ni de la tuberculose, ni de la syphilis, ni de néoplasmes de nature maligne ou bénigne, ni de troubles intrinsèques de la motilité des muscles laryngés. Comme il s'agit ordinairement de sujets jeunes ou peu âgés, d'ailleurs bien portants, l'altération de la voix constitue chez eux une infirmité d'autant plus pénible qu'elle éveille toujours des soupçons au moins fâcheux et désobligeants. Les inconvénients qui en résultent sont encore plus marqués chez les gens que leur profession, et nous verrons que le cas est loin d'être exceptionnel, oblige à parler en public.

Ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de faits de ce genre, nous avons été à même d'étudier la nature du processus laryngé et d'en rechercher les causes et le traitement rationnel.

Après avoir épuisé la plupart des moyens préconisés par les auteurs, et constaté leur parfaite inutilité, fallait-il s'abandonner au nihilisme thérapeutique, et reconnaître l'affection comme au-dessus des ressources de l'art? Enhardi par les succès donnés par le traitement chirurgical endolaryngé de certaines formes de laryngite bacillaire, rappelant singulièrement — et nous aurons l'explication de cette analogie quand nous étudierons l'anatomie et la physiologie pathologique du processus — les lésions que nous avons observées chez plusieurs de nos malades, nous n'avons pas hésité à l'appliquer ici, dans certaines conditions que nous spécifierons plus loin, et les résultats obtenus ont dépassé notre attente. D'autre part, la connaissance des agents provocateurs de l'inflammation chronique du larynx fournit aussi un certain nombre d'indications thérapeutiques; de sorte que nous croyons qu'il n'est plus permis aujourd'hui de dire avec Sommerbrodt, en particulier, que le traitement de la laryngite chronique dans sa forme scléreuse, pachydermique, n'existe pas.

II

L'attention s'est portée, dans ces derniers temps, d'une façon presque exclusive, sur les grands processus qui atteignent la muqueuse laryngée (tuberculose, syphilis, cancer), et la littérature médicale contemporaine est assez pauvre en documents sur ce qui concerne les affections qu'on pourrait appeler de second ordre. La laryngite chronique est de ce nombre, et, après avoir suscité autrefois un nombre considérable de travaux, elle a été reléguée, de nos jours, au dernier plan. Certes, il est légitime de reconnaître immédiatement que, sous le nom de laryngite chronique, les anciens auteurs ont décrit des processus de nature très diverse,

qu'une connaissance plus exacte de leurs caractères cliniques et anatomiques a fait définitivement rejeter du cadre des inflammations simples du larynx.

C'est ainsi qu'on a revendiqué pour la tuberculose plus d'un cas de laryngite hyperplasique, ou exsudative, pour ne citer qu'un exemple.

Si le cadre de la laryngite chronique est assez mal déterminé, si ses limites manquent le plus souvent de précision, il faut surtout l'attribuer au défaut de caractéristique anatomique et à l'absence d'une cause productrice univoque, qui relie entre eux, par un lien naturel, les différentes lésions groupées actuellement, surtout d'après leurs caractères évolutifs.

En reprenant ici certains côtés de l'histoire de la laryngite chronique, nous ne nous dissimulons nullement que *nous marchons sur un terrain rebattu*, et que nombre des faits que nous aurons à rappeler pourraient presque paraître de simples banalités, tant ils sont fréquents. Ils constituent, en effet, la monnaie courante en laryngologie, mais, comme il arrive souvent en pareil cas, l'intérêt qu'on y attache est en raison inverse de leur fréquence. Nous n'en voulons pour preuve que le peu de travaux qu'ils ont suscités, alors que d'autres processus, infiniment plus rares, ont été, en raison de certaines particularités de leur histoire, en raison même de la curiosité qui s'attache à ce qui sort du domaine des faits vulgaires, l'objet de nombreuses recherches. Les chapitres consacrés aux différentes formes de laryngite chronique sont un peu sacrifiés, dans la plupart des traités récents. Il semble que les auteurs n'abordent ce sujet qu'avec regret, et ne le traitent que comme une corvée fastidieuse. Aussi est-ce là qu'on retrouve les vieux clichés, les théories surannées, les hypothèses démodées, les opinions qui depuis longtemps n'ont plus cours, surtout dans les chapitres consacrés à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et au traitement. Ceux-ci sont, le plus souvent, transcrits littéralement des vieux auteurs, une légère couche de vernis contemporain, qui leur sert de passeport, leur donnant l'apparence du neuf. Nous recommandons, à ce point de vue, la

lecture des anciens; c'est une étude que nous faisons volontiers pour notre compte; outre qu'il y a beaucoup à y glaner encore aujourd'hui, elle permet de se rendre compte de la genèse et de l'évolution de ces lieux communs, qui bravent, en pathologie et même en pathologie laryngée, l'épreuve du temps, pieusement recueillis par tous les auteurs, alors que des idées justes et fécondes, tombées dans un milieu sans doute mal préparé, restent improductives et attendent dans l'oubli qu'on les remette en lumière. L'histoire de la pachydermie laryngée nous en fournira plus loin un exemple frappant.

Une autre preuve de l'insuffisance de nos connaissances sur la laryngite chronique, c'est la multiplicité des médications proposées, dont la plupart sont absolument inefficaces. La simple énumération des agents thérapeutiques préconisés, sans grande conviction du reste, tiendrait plusieurs pages. Nous en ferons grâce au lecteur.

De ces considérations, et nous pourrions en apporter bien d'autres, il ressort que l'histoire de la laryngite chronique simple n'est pas encore terminée. Il y a là, au contraire, un vaste champ de recherches, à peu près inexploré, qui appelle des études nouvelles. Il en est de cette affection comme des lieux que nous voyons tous les jours, et que nous connaissons souvent fort mal, faute de les regarder, faute d'y diriger notre attention.

Notre but n'est pas de reprendre toute l'histoire de la laryngite chronique, nous voulons nous borner aujourd'hui à l'étude de quelques points particuliers.

Nous apporterons le résultat de nos recherches sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du processus, et nous nous efforcerons de démontrer que, par un traitement approprié, on peut obtenir, sinon toujours la guérison totale, au moins une amélioration considérable.

En dehors de ces points, nous aurons à nous demander ce qu'il faut penser de la lésion décrite en Allemagne sous le nom de pachydermie laryngée et aussi s'il convient de maintenir comme une espèce à part la laryngite granuleuse ou glanduleuse des anciens auteurs.

Nous n'aurons garde d'omettre, au cours de ce mémoire, les travaux de ceux qui se sont occupés de ces différentes questions, lorsqu'ils nous sembleront se rapporter aux points que nous avons étudiés.

III

RELATIONS DE LA PACHYDERMIE LARYNGÉE DE RHEINER ET VIRCHOW AVEC LA LARYNGITE CHRONIQUE ET LES DIFFÉRENTS PROCESSUS CHRONIQUES QUI ATTEIGNENT LA MUQUEUSE LARYNGÉE.

Déjà, en 1853, sous l'inspiration de Virchow, Rheiner (1) avait entrepris à Wurzbourg des recherches sur les modifications du revêtement épithélial du larynx et étudié les modifications que subit l'épithélium dans divers processus, notamment dans les inflammations chroniques. La muqueuse laryngée prend alors un aspect dermoïde ou cutanée. Les lésions ne revêtent pas toujours la même apparence, elles sont tantôt localisées et tantôt diffuses, mais les caractères histologiques fondamentaux du processus restent à peu près identiques et se distinguent surtout par ce fait que, dans le premier cas, les lésions s'étendent au tissu conjonctif superficiel, à la muqueuse proprement dite. Mais l'élément caractéristique, qui se retrouve dans les deux cas, c'est l'hyperplasie et la métaplasie du revêtement épithélial.

Tel est l'état anatomique du larynx désigné, depuis lors, par Virchow, sous le nom de pachydermie. Suivant que les lésions se présentent sous l'aspect d'une tuméfaction relativement lisse et assez étendue, ou bien sous celui de productions circonscrites, saillantes, on a affaire à la pachydermie diffuse ou à la pachydermie verruqueuse. Les deux formes peuvent du reste exister simultanément.

Les lésions caractéristiques de la première forme siègent à la partie postérieure des cordes vocales, au point où le processus ou apophyse vocale, qui fait saillie en avant, se

(1) Rheiner. *Würzburger Verhandlungen*, mai 1852 et *Inaugur. Dissertation*, 1852.

trouve située immédiatement au-dessous de la muqueuse qui s'y continue presque sans transition avec le périchondre.

Virchow trouva, en ce point, une tuméfaction ovalaire (1) à grand axe horizontal, présentant à sa partie médiane une légère dépression et il ne crut pas invraisemblable d'admettre que cette dépression marque le vestige d'un processus érosif, quoiqu'il n'ait pas observé de tissu cicatriciel proprement dit.

De l'examen plus minutieux des faits, Virchow fut amené à conclure que la dépression était due à l'adhérence en ce point de la muqueuse aux parties sous-jacentes, adhérence qui empêchait son soulèvement.

Ce processus, d'après Virchow, se rencontre assez souvent à l'autopsie, notamment chez les buveurs. Il est surtout constitué par un épaississement diffus de l'épithélium qui se poursuit sur toute l'étendue des cordes vocales. Autour de la dépression centrale, on observe de véritables excroissances papillaires, peu élevées et recouvertes d'une très épaisse couche épithéliale.

Telles sont les lésions au premier degré de la maladie ; elles peuvent devenir plus complexes, et on trouve alors des altérations plus ou moins profondes de la région inter-aryténoïdienne, qui présente dans ces cas des excroissances assez volumineuses, et des sillons recouverts d'épithéliums d'apparence épidermique. On peut encore rencontrer çà et là des fissures, des rhagades, en un mot, un aspect rappelant assez bien celui des ulcérations cancéreuses au début.

La forme verruqueuse, déterminant la production de sortes de polypes, se voit surtout dans les segments moyens et antérieurs des cordes vocales.

Dans un travail important sur la question, Sommerbrodt (2) fait cette remarque qu'il est assez particulier que, malgré l'emploi du laryngoscope, ce soit un anatomiste qui ait donné de cette lésion la première description. Il y a là au moins une exagération. Nous le verrons tout à l'heure.

(1) Virchow écrit que la première fois qu'il rencontra ces lésions à l'autopsie, en 1870, il fut fort embarrassé et se demanda à quoi il avait affaire.

(2) J. Sommerbrodt. *Ueber die typische Pachydermie des Kehlkopfs. Berliner klinische Wochenschrift*, S. 429, n° 19, 1890.

Ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de pachydermie de Virchow l'était autrefois sous le nom de tumeur *catarrhale*, à bords surélevés de l'apophyse vocale, avec épaississement de la muqueuse de l'extrémité postérieure des cordes vocales et de la paroi postérieure du larynx (Störk (1) et Schötz (2).

La caractéristique anatomique de la pachydermie laryngée consiste, d'après Virchow et ses élèves, dans la production exagérée d'épithélium pavimenteux dans les points où il existe normalement, et dans la substitution, dans une étendue plus ou moins grande, à l'épithélium cylindrique normal d'un épithélium pavimenteux en couche très épaisse, avec transformation dermo-papillaire du chorion muqueux. C'est, en un mot, la métamorphose dermoïde de la muqueuse laryngée telle que l'a depuis décrite Förster (3), telle que la mentionne V. Ziemssen (4) dans la laryngite chronique, notamment dans l'affection décrite par Türck (5) sous le nom de chordite tubéreuse, telle enfin que nous la trouvons étudiée dans le traité d'histologie de MM. Cornil et Ranvier.

Nous avons pu examiner histologiquement des fragments de muqueuse retirés avec la pince coupante, et voici les lésions que nous avons observées.

Dans un des cas, le fragment retiré avec la pince coupante provenait de la région aryténoïdienne, en un point recouvert normalement d'épithélium à cils vibratils. Sur plusieurs larynx de sujets morts d'affections diverses l'examen de coupes étendues nous a montré l'aspect identique des lésions dans les régions à épithélium à cils vibratils et à épithélium pavimenteux.

Elles portaient à la fois sur le chorion muqueux et sur l'épithélium. Le chorion muqueux présente du côté de son bord libre un aspect ondulé, dans certains points très net-

(1) Störk. *Klinik. d. Kehlkopfkrankeiten. Stuttgart*, 1876.
(2) Schötz. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 10, 10 mars 1890, s. 235.
(3) Förster. *Lehrbuch der patholog. Anatomie. Iéna*, 1864.
(4) V. Ziemssen. *Laryngitis chronica*, s. 228. *Krankeiten d. Kehlkopfs*, in V. Ziemssen's, *Handbuch*, 1879.
(5) Türck. *Klinik d. Krankeinten d. Kehlkopfs und der Luftrohre, Vienne,* 1866.

tement papillaire. Les papilles sont larges, trapues, peu élevées, quelquefois terminées en massue. Dans le chorion épaissi et constitué par d'épais trousseaux fibreux, on trouve çà et là quelques éléments arrondis ou fusiformes.

Les lésions de l'épithélium sont de beaucoup plus intéressantes, d'autant plus qu'elles semblent précéder la métamorphose papillaire. Le revêtement épithélial atteint une épaisseur considérable. Il est constitué par deux couches, l'une profonde, colorée vivement par le picro-carmin, constituée par des cellules polyédriques assez analogues à celles de la couche profonde de l'épiderme. Elles recouvrent les papilles et comblent presque entièrement leurs intervalles ; l'autre, la couche superficielle, colorée en rose-jaunâtre, est formée d'éléments aplatis, cornés, tassés les uns contre les autres, et présente une épaisseur considérable.

Dans les points où les lésions sont moins marquées, le revêtement épithélial est moins épaissi et la division en deux couches moins marquée ; la transformation dermo-papillaire du chorion muqueux n'est alors qu'à peine ébauchée.

Cette description rappelle presque mot pour mot celle des lésions qui s'observent dans la phtisie laryngée (Gouguenheim et Tissier) (1), lésions qu'on retrouve aussi dans la syphilis (Doléris) (2).

Ne retrouvons-nous pas là presqu'au complet les caractères histologiques de la pachydermie diffuse et quand nous aurons ajouté que dans un autre cas, nous avons observé de véritables tumeurs, dans la région moyenne des cordes, que ces tumeurs, coïncidant avec un boursouflement diffus de la région postérieure du larynx, présentaient histologiquement les mêmes caractères, ne sommes-nous pas autorisés à rattacher ces faits à la pachydermie de Virchow ?

Cependant nous ne croyons pas qu'on doive conserver cette expression, au moins comme nom d'une espèce laryngienne particulière, individualisée. Heureuse au point de vue anatomique, l'expression de pachydermie laryngée ne sau-

(1) Gouguenheim et Tissier. Phtisie laryngée 1889, p. 125 et suiv.
(2) Doléris. Recherches sur la tuberculose du larynx. (*Archives de Physiologie*, 1877.)

rait s'appliquer exactement qu'à une forme de processus histologique.

Il s'agit, en effet, d'une lésion banale, sinon commune, qui peut s'observer dans les cas, nous ne disons pas dans tous, où il existe une irritation chronique, un processus inflammatoire chronique (Virchow) *de la muqueuse laryngée, que cette irritation reconnaisse pour cause la tuberculose, la syphilis, ou tout autre facteur étiologique*. Le seul point nécessaire est que l'irritation soit *continue* et peu intense, et il n'y a pas, dans ces conditions, de quoi légitimer la création d'une entité morbide. *Il y a là, seulement, un mode de réaction de la muqueuse laryngée. Le fait nous semble hors de discussion.*

Nous n'insisterions pas davantage sur cette question, que nous avons exposée avec soin, d'après nos recherches personnelles, dans le traité de la *Phtisie laryngée* que nous avons publié en collaboration avec M. le Dr Gouguenheim, si elle n'avait été reprise dans ces derniers temps par Heymann (1), et au laboratoire même de Virchow, par Kanthack, qui, dans un mémoire important paru récemment dans les *Arch. f. path. Anat. u. Physiol.* (2), est arrivé à des conclusions identiques aux nôtres, ainsi qu'il le fait d'ailleurs remarquer à l'appui de sa thèse.

Dans une série de mémoires, l'auteur a étudié l'histologie de la muqueuse laryngée aux divers stades de son développement, notamment au point de vue des modifications épithéliales qui s'y produisent, et constituent en quelque sorte une transformation, une métaplasie physiologique. L'épithélium à cils vibratils qui, chez les fœtus, tapisse le pharynx et le larynx, fait place dans le pharynx à un épithélium pavimenteux; celui-ci apparaît ensuite dans la région inter-aryténoïdienne, et se montre sur les rubans vocaux

(1) Heymann. Beitrag. z. Kenntniss d. Epithel. u. d. Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv*, Bd CXVIII.)

(2) Kanthack. Studien über die Histologie des Larynxschleimhaut. Die Schleimhaut d. neugebor. Kindes nebst einigen Bemerkungen über die « Metaplasie » des Larynxepithels und die epidermoidale Umwandlung derselben. (*Virchow's Archiv*, Bd CXIX, Heft 2 et Bd CXX, Heft 2, 1890).

et sur les bords de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, qu'il déborde légèrement.

Par places, il peut se développer en d'autres points des îlots d'épithélium pavimenteux, ou encore des placards où l'on constate une ébauche de métaplasie, ainsi que M. Coyne (1) l'a signalé depuis longtemps au niveau des bandes ventriculaires.

Mais il faut accepter comme normal le schéma de Rheiner, et regarder comme pathologiques les faits indiqués comme physiologiques par Heymann, qui prétend avoir trouvé de l'épithélium pavimenteux dans certains larynx sains en dehors de la région inter-aryténoïdienne, où il forme une bande de largeur assez variable, des cordes vocales inférieures, et des bords de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques.

La métaplasie pathologique est en quelque sorte un processus inverse de la métaplasie physiologique, et l'on est tenté de penser que certaines irritations pathologiques, de causes d'ailleurs diverses, pour ne pas dire toute irritation de quelque durée, agissent en ramenant le revêtement épithélial à son état embryonnaire. Mais il faut bien reconnaître que cette hypothèse est plus spécieuse que solide. Ce que nous savons des réactions de l'épithélium cylindrique (2) vis-à-vis des irritations chroniques, nous apprend que le fait n'est nullement spécial au larynx. Pareille métaplasie s'observe en effet dans de nombreux points de l'économie [muqueuse nasale (polypes), trachée, bronches, estomac, intestin, utérus, urètre, etc.].

Si l'on considère le mode de développement pathologique de l'épithélium pavimenteux dans ces divers organes, on retrouve le même facteur que dans le larynx, irritation persistante. Et comme la métaplasie épithéliale ne se voit généralement pas au niveau des dépressions, des parties des muqueuses, en quelque sorte protégées contre les actions

(1) Coyne. *Thèse de Paris*, 1874.

(2) D'après Posners, cité par Barth (Section d'otologie du congrès de Berlin 1890) une cellule quelconque pourrait subir la transformation épidermoïdale.

mécaniques, la conclusion qui s'impose est l'idée d'une sorte d'adaptation pathologique des parties aux conditions morbides, analogue à l'adaptation physiologique à la fonction, qui nous explique la raison de la métaplasie épithéliale physiologique du pharynx et du larynx.

A l'appui de cette donnée, remarquons qu'à l'état normal la couche épithéliale pavimenteuse est bien plus épaisse au sommet des plicatures normales de la région inter-aryténoïdienne que dans les sillons qu'elles limitent.

Cette métaplasie épithéliale est fréquente si nous en jugeons par les résultats de l'examen histologique de la muqueuse laryngée, que nous avons pratiqué dans les conditions les plus variées. Il s'agit, pour nous, d'une lésion nullement rare, et nous nous étonnons qu'elle n'ait été le plus souvent signalée que d'une façon incidente. Elle a été vue depuis Rheiner, par de nombreux anatomo-pathologistes (1), surtout autour des ulcérations tuberculeuses, Förster (2), Griffini (3), Wahlberg (4), Heinze (5), Störk (6), Cornil et Ranvier (7), Doléris (8)ı Hunermann (9), Leroy (10), etc., etc.

Il est rare que la métaplasie épithéliale soit isolée et constitue à elle seule le processus laryngé; il s'y joint presque toujours une lésion du chorion muqueux. Cette dernière peut être à peine esquissée, ainsi que nous le verrons plus loin. Lorsqu'elle est plus prononcée, elle réalise alors le type décrit par Virchow sous le nom de pachydermie diffuse.

(1) Dans un cas se rapportant sans doute à la pachydermie de Virchow publié par M. Luc, l'état de l'épithélium n'est même pas mentionné.
Luc. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations préaryténoïdiennes chez les phtisiques. (*Archives de laryng. et de rhinol., etc.*, t. III, n° 1, p. 13, février 1889).
(2) Förster. *Loc cit.*
(3) Griffini. Contrib. alla patologia gén. del tessuto cilindrico.
(4) Wahlberg, Das tubercul. Geschwur im Kehlkopf. (*Wiener med. Jahrbucher*, 1872.)
(5) Heinze. Die Kehlkopfschwindsucht. (*Leipzig*, 1879.)
(6) Störk. Klinik der Kehlkopfkrankheiten. (*Stuttgart*, 1876.)
(7) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histol. path.*, t. II.
(8) Doléris. *Loc. cit.*
(9) Hunermann. Ueber Pachydermie und Geschwürsbildung an den Stimmbändern. (*Inaug. Dissertation, Berlin*, 1881.)
(10) Leroy. *Archives de Physiologie norm. et path.*, 1887.

Mais nous insistons sur ce fait, déjà mis en lumière dans le traité de la *Phtisie laryngée*, que cette lésion conjonctive, tout en ayant pour siège de prédilection la région inter-aryténoïdienne, les processus vocaux et la partie postérieure des cordes, parties à revêtement épithélial pavimenteux, *s'observe aussi dans les régions de la muqueuse dont l'épithélium est normalement cylindrique à cils vibratils.*

La métaplasie épithéliale, la transformation dermoïde, qui semble bien être consécutive à la lésion de l'épithélium peut s'observer dans tout le larynx et s'accompagner de lésions hyperplasiques du chorion muqueux.

Nous croyons donc que c'est à tort que l'on a voulu expliquer la localisation inter-aryténoïdienne si fréquente de l'hyperplasie fibreuse, par le fait de l'existence de l'épithélium pavimenteux et de la rareté des glandes en ce point.

En effet, on observe d'ordinaire dans les cas de laryngite chronique avec lésions épithéliales et hyperplasie fibreuse que ces dernières épargnent relativement les parties peu glandulaires de la muqueuse, et nous verrons qu'on a voulu expliquer ainsi l'existence des dépressions signalées par Virchow sur les tuméfactions qu'il a décrites au niveau des processus vocaux.

Si nous nous reportons aux descriptions des auteurs qui ont étudié depuis Virchow la pachydermie du larynx (B. Fränkel (1), Rethi (2), Michelson (3), Sommerbrodt (4), Meyer (5), Chiari, etc., etc.), trouvons-nous, en dehors des lésions anatomiques un autre élément constant sur lequel on puisse s'appuyer pour légitimer l'individualisation de la pachydermie laryngée?

Est-ce la localisation et l'aspect de la lésion dans la forme diffuse de la pachydermie? Mais, depuis longtemps, on savait que certaines lésions irritatives se localisent de préférence

(1) B. Frænkel. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 1 à 6.

(2) Rethi. Ueber Pachydermia laryngis. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1889, n° 27.)

(3) Michelson. Königsberg's Verein für wissenschaftliche Heilkunde. (*Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1890.)

(4) Sommerbrodt. *Loc. cit.*

(5) Meyer. Ueb. Pachydermia laryngis. (*Laryngologische Gesellschaft zu Berlin. Sitz.*, 6 décembre 1889.)

mécaniques, la conclusion qui s'impose est l'idée d'une sorte d'adaptation pathologique des parties aux conditions morbides, analogue à l'adaptation physiologique à la fonction, qui nous explique la raison de la métaplasie épithéliale physiologique du pharynx et du larynx.

A l'appui de cette donnée, remarquons qu'à l'état normal la couche épithéliale pavimenteuse est bien plus épaisse au sommet des plicatures normales de la région inter-arytépoïdienne que dans les sillons qu'elles limitent.

Cette métaplasie épithéliale est fréquente si nous en jugeons par les résultats de l'examen histologique de la muqueuse laryngée, que nous avons pratiqué dans les conditions les plus variées. Il s'agit, pour nous, d'une lésion nullement rare, et nous nous étonnons qu'elle n'ait été le plus souvent signalée que d'une façon incidente. Elle a été vue depuis Rheiner, par de nombreux anatomo-pathologistes (1), surtout autour des ulcérations tuberculeuses, Förster (2), Griffini (3), Wahlberg (4), Heinze (5), Störk (6), Cornil et Ranvier (7), Doléris (8)ı Hunermann (9), Leroy (10), etc., etc.

Il est rare que la métaplasie épithéliale soit isolée et constitue à elle seule le processus laryngé ; il s'y joint presque toujours une lésion du chorion muqueux. Cette dernière peut être à peine esquissée, ainsi que nous le verrons plus loin. Lorsqu'elle est plus prononcée, elle réalise alors le type décrit par Virchow sous le nom de pachydermie diffuse.

(1) Dans un cas se rapportant sans doute à la pachydermie de Virchow publié par M. Luc, l'état de l'épithélium n'est même pas mentionné.
Luc. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations préaryténoïdiennes chez les phtisiques. (*Archives de laryng. et de rhinol., etc.*, t. III, n° 1, p. 13, février 1889).
(2) Förster. *Loc cit.*
(3) Griffini. Contrib. alla patologia gén. del tessuto cilindrico.
(4) Wahlberg, Das tubercul. Geschwur im Kehlkopf. (*Wiener med. Jahrbucher*, 1872.)
(5) Heinze. Die Kehlkopfschwindsucht. (*Leipzig*, 1879.)
(6) Störk. Klinik der Kehlkopfkrankheiten. (*Stuttgart*, 1876.)
(7) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histol. path.*, t. II.
(8) Doléris. *Loc. cit.*
(9) Hunermann. Ueber Pachydermie und Geschwürsbildung an den Stimmbändern. (*Inaug. Dissertation*, *Berlin*, 1881.)
(10) Leroy. *Archives de Physiologie norm. et path.*, 1887.

rare (Sommerbrodt), une tuméfaction unilatérale, on ne verrait pas de dépression (B. Frænkel).

Les choses se passent un peu différemment lorsque les lésions sont bilatérales ; il existe quelquefois alors une saillie d'un côté qui se loge au moment de l'adduction dans une dépression correspondante de l'autre corde, il y a en quelque sorte emboîtement réciproque, d'où possibilité de l'occlusion glottique totale (Frænkel, Rethi, Meyer, Sommerbrodt).

Des recherches récentes de Kanthack, il résulte qu'il peut exister au niveau des processus vocaux une tuméfaction ovalaire bilatérale ou unilatérale, avec ou sans dépression centrale; l'emboîtement admis par les auteurs et que nous avons nous-même constaté, serait assez rare. Il n'est pas toujours nécessaire, d'ailleurs, de l'invoquer pour expliquer la possibilité de l'occlusion glottique, malgré l'existence de tuméfaction de la région des processus vocaux. Celle-ci siège en effet assez souvent un peu au-dessus du niveau de la corde vocale.

Lorsqu'on constate une dépression centrale, il est possible d'en donner une explication anatomiquement rationnelle. Il existerait en effet un petit pli sur la muqueuse normale, visible même chez les jeunes sujets, siégeant sur la face interne des aryténoïdes, légèrement oblique en avant et en bas, et passant immédiatement au-dessous des processus vocaux. A partir de ce point, il prend une direction à peu près parallèle aux cordes.

L'hyperplasie porte surtout sur la muqueuse lâche et riche en glandes de ce repli muqueux qu'elle soulève, alors qu'elle respecte la muqueuse peu glandulaire et très adhérente au niveau des processus vocaux.

Chiari, dans un mémoire important sur lequel nous aurons à revenir, affirme n'avoir jamais rencontré de pachydermie typique.

De la description de Virchow, il ne reste donc que peu de chose, et nous avons simplement à noter une tuméfaction hyperplasique de l'extrémité postérieure des cordes avec dépression correspondante, d'ailleurs inconstante, sur la

corde du côté opposé. C'est là un aspect que nous avons pu constater plusieurs fois dans les formes scléreuses et végétantes de la tuberculose. Néanmoins, nous devons remarquer que, pour que la dépression du côté opposé se produise, il semble important que ce côté soit le siège d'un processus inflammatoire. C'est ainsi que, dans les cas où la corde opposée est saine (polypes), il n'existe pas de dépression. En outre, il est nécessaire d'ajouter que nous n'avons guère constaté cet emboîtement que dans le segment postérieur des cordes.

Quoi qu'il en soit, *nous en arrivons à cette conclusion que, ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue étiologique, ni au point de vue symptomatique, la pachydermie laryngée ne mérite une place à part parmi les affections du larynx.*

Cela n'enlève rien, encore une fois, à l'intérêt qui s'attache aux recherches de Virchow, qui est resté sur le terrain anatomique, mais nous sommes conduits à reporter purement et simplement dans le cadre des laryngites chroniques, les faits publiés par les auteurs allemands sous le nom de pachydermie laryngée.

Ainsi, ce sont les anciens auteurs, Störk entre autres, qui, à notre avis, étaient dans le vrai en les décrivant comme laryngites chroniques. Malheureusement, ils mettaient trop de choses dans ce cadre (1). Aussi, la remarque déjà citée de Sommerbrodt, qui s'étonne que ce soit un anatomiste et non un laryngologiste qui ait décrit le premier la pachydermie du larynx, n'a plus de raison d'être. Ce que Virchow a décrit sans doute le premier, puisque les recherches de son élève Rheiner remontent à 1852, n'est nullement une affection nouvelle, mais un processus anatomique spécial, un des modes de réaction de la muqueuse laryngée à des irritations de nature diverse.

Chiari est arrivé aux mêmes conclusions que nous sur ce dernier point. Nous sommes heureux de nous rencontrer

(1) Isambert avait déjà nettement affirmé la nécessité d'une revision sévère des différentes lésions réunies sous le nom de laryngites chroniques.

aussi d'accord avec cet auteur compétent qui a suivi le même plan de recherches que nous. Ajoutons que nous avons entrepris ces recherches il y a plus de deux ans, c'est-à-dire bientôt avant d'avoir eu connaissance du travail de Chiari, auquel nous reconnaissons d'ailleurs pleinement la priorité, puisque celle-ci reconnaît pour mesure la date de la publication.

IV

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

Après cette discussion un peu longue, mais nécessaire pour justifier notre façon de voir, nous allons pouvoir décrire rapidement les lésions de la laryngite chronique.

Il est rare que la muqueuse ne soit pas largement prise dans les laryngites chroniques, mais il s'agit le plus souvent de lésions légères, toutes superficielles, les lésions graves se localisant souvent en un point assez limité.

Parmi les parties du larynx le plus fréquemment et le plus profondément atteintes en pareil cas, il faut citer en première ligne les rubans vocaux et la région aryténoïdienne. Cette donnée générale qui résulte de l'examen objectif du larynx se trouve confirmée par la fréquence des altérations de la voix en pareil cas.

Mais il ne faudrait pas croire que les lésions ne puissent s'observer en d'autres points. Elles peuvent exister dans tout le larynx, notamment au niveau de la face laryngée de l'épiglotte et sur les bandes ventriculaires. Heymann a vu de l'épithélium pavimenteux en différents points de la région vestibulaire : il considéra même, comme nous l'avons déjà dit, le fait comme normal. Nous avons trouvé comme Heymann, comme Kanthack, la métaplasie épithéliale avec ou sans transformation dermoïde de la muqueuse dans plusieurs larynx en apparence normaux, provenant de sujets à voix non altérée, et cela sur des points divers. Dans un cas de

KANTHACK (larynx d'enfant de moins d'un an), toute la région sus-glottique était lésée.

Dans les cas simples les plus fréquents, on observe seulement une métaplasie épithéliale plus ou moins étendue. Les lésions du chorion muqueux sont peu prononcées. L'épithélium présente une épaisseur plus grande qu'à l'état normal, il est constitué par des éléments cellulaires de formes assez variées, dont le noyau peut présenter des figures mitosiques (BERGENGRÜN (1). On n'observe pas ici de papilles bien nettes de nouvelle formation. C'est là le degré le plus simple des lésions de la laryngite chronique; le chorion muqueux reste intact.

On observe parfois dans certains cas sur la muqueuse un peu rugueuse, de petites saillies, et l'on trouve à l'examen histologique une hyperplasie épithéliale marquée et des lésions qui rappellent celles que nous décrirons dans un instant sous le nom de transformation dermoïde; d'après certains auteurs ces nodules pourraient aussi avoir une origine glandulaire.

Telles sont les lésions que nous avons rencontrées à l'examen de larynx provenant de sujets non tuberculeux et dont la muqueuse paraissait presque normale à l'œil nu.

D'ailleurs KANTHACK a vu la métaplasie épithéliale sur des larynx paraissant sains, et, dans deux cas, chez des enfants morts dans leur première année. Il semblerait même que la métaplasie épithéliale puisse se développer d'une façon plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans ces cas de KANTHACK, la lésion épithéliale occupait toute la muqueuse laryngée; nous ne l'avons jamais trouvée aussi étendue chez l'adulte. Chez ce dernier, elle se montre de préférence sur la face postérieure de l'épiglotte et à la partie postérieure du larynx.

Mais le ventricule reste habituellement normal. Il est rare même de trouver une métaplasie épithéliale complète au niveau des bandes ventriculaires lorsque celles-ci ne sont pas tuméfiées.

(1) BERGENGRÜN. Verruca dura laryngis. (*Virchow's Archiv*, Band CXVIII.)

Lorsque les lésions sont plus marquées, l'aspect dépoli de la muqueuse est plus accentué, et il existe fréquemment une tuméfaction légère de la région postérieure du larynx, surtout vers la partie glottique.

Pour HERYNG, la tuméfaction de la muqueuse, irritée mécaniquement par les contractions du muscle sous-jacent (idée déjà émise par PETER et KRISHABER), détermine l'altération et l'atrophie des glandes. Il en résulte un état de sécheresse de la région qui favorise la production des lésions épithéliales. La constatation d'un processus analogue en d'autres points de la muqueuse où l'on ne peut invoquer ce mécanisme, le rend au moins fort douteux.

On a désigné alors l'ensemble des lésions sous le nom de transformation dermoïde de la muqueuse. L'épithélium prend un développement considérable et se divise en deux couches à réactions microchimiques différentes. Nous ne reviendrons pas sur la description que nous en avons donnée plus haut. En même temps se développent des papilles, et le chorion muqueux présente des lésions déjà assez nettes, bien étudiées par EPPINGER. En un mot, la métaplasie est totale et l'on se trouve en présence d'un revêtement épidermoïdal. (Il peut même y avoir production d'éléidine, KANTHACK.)

Que les lésions du chorion muqueux deviennent plus marquées, et l'on a la laryngite chronique hyperplasique et la pachydermie laryngée de VIRCHOW.

Ces altérations s'observent surtout vers le segment postérieur du larynx. Au niveau de la région des processus vocaux, en raison de la structure de la muqueuse, elles se montrent souvent sous l'aspect de tuméfactions ovalaires, horizontales, de coloration rouge vif, plus ou moins régulières, avec ou sans dépression centrale, uni ou bilatérales. Nous avons suffisamment insisté sur ces points, ainsi que sur la production de dépressions sur la corde correspondante dans le cas de tuméfaction unilatérale, pour n'y pas revenir. A la région interaryténoïdienne, on observe un boursouflement plus ou moins marqué avec productions de mamelons à crêtes irrégulières, souvent de véritables productions po-

lypoïdes. Cet aspect trouve encore ici sa raison dans la structure normale de la muqueuse.

Rappelons l'altération épidermoïdale de la muqueuse laryngée dans les autres points du larynx, surtout dans les lésions spécifiques (tuberculose, syphilis) où elles sont très nettes, notamment autour des ulcérations.

Existe-t-il des ulcérations dans la laryngite chronique? C'est là une question importante et qui a suscité bien des controverses.

Tout d'abord, les auteurs qui admettent l'existence d'ulcérations sont unanimes à déclarer qu'il ne s'agit pas de pertes de substance larges et profondes, comme dans la tuberculose, la syphilis ou le cancer. En second lieu, lorsqu'il existe une dépression au niveau des processus vocaux, dans le cas de tuméfaction de la région, lorsque surtout il existe une dépression sur la corde vocale du côté opposé, on peut, si l'on n'y prend garde, facilement s'en laisser imposer, ainsi que le remarque Sommerbrodt, surtout lorsqu'il y a notamment des mucosités au niveau des points déprimés.

En dehors de ces faits, il n'en reste pas moins certain que, dans quelques cas rares, on peut observer des érosions, quelquefois en forme de rhagades, ainsi que l'avait noté Virchow (1) (formes graves de Heryng (2).

Quel est le mode de formation de ces érosions? Elles se montrent d'ordinaire dans les cas où les lésions de l'épithélium sont très marquées, où celui-ci acquiert une épaisseur considérable. Elles se produisent soit (érosions) par le fait d'altérations de la couche superficielle de cet épithélium (3) (altération cavitaire, désagrégation moléculaire), soit (rhagades) par un autre mécanisme assez spécial bien étudié par Leroy (4). Par suite de l'hyperplasie énorme de l'épithélium, il se développe de véritables productions polypoïdes, dont le

(1) Störk, Mackenzie, V. Ziemssen, Gottstein, signalent la présence d'ulcérations fissuraires à la région interaryténoïdienne et au niveau des processus vocaux dans la laryngite chronique.

(2) Heryng. Die Heilbarkeit d. Larynxphtisie. (*Stuttgart*, 1887, s. 33.)

(3) Virchow. Ueber catarrhalische Geschwüre. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n°s 8 et 9, 1884.)

(4) Leroy. *Archiv. de physiolog. norm. et path.*, 1884.

pédicule s'amincit et aboutit à une sorte de déhiscence, d'où production d'une perte de substance fissuraire.

On a invoqué [SCHOTTELIUS (1), ORTH (2), HERYNG (3)], pour expliquer ces érosions épithéliales à la région interaryténoïdienne, l'accumulation et la stase des sécrétions nées sur place ou provenant de la trachée, des bronches, du poumon ou des voies aériennes supralaryngées. Il en résulterait, soit une simple macération des couches superficielles de l'épithélium anormalement épaissi, soit des actes plus complexes dus à la présence de microorganismes dans les mucosités.

Lorsque le processus envahit les segments antérieurs des cordes, il se produit une exagération de l'état dermoïde, et l'on constate des productions verruqueuses, présentant les mêmes caractères histologiques généraux, avec cette particularité que les papilles acquièrent dans ces cas un développement très marqué et que l'hyperplasie épithéliale est énorme.

Nous verrons plus loin que KANTHACK explique par un processus analogue le développement des nodules des chanteurs, qu'il a vu constitués par des masses épithéliales.

La chordite tubéreuse est aussi une variété de ce processus : hyperplasie du chorion muqueux, altérations épithéliales.

Inutile de rappeler encore une fois en terminant que l'ensemble de ces lésions n'a rien de spécifique pour la laryngite chronique. C'est là le mode de réaction du larynx vis-à-vis des irritations chroniques de causes les plus diverses (tuberculose, syphilis, etc.).

Si l'ensemble n'est pas caractéristique, à plus forte raison

(1) SCHOTTELIUS. Zur Ætiologie einfacher Kehlkopfgeschwüre. (*Cassel*, 1880.)
(2) ORTH. (*Lehrb. v. Patholog. Anatomie*, t. I, p. 315.)
(3) HERYNG. *Loc. cit.*, p. 26.
(4) VIRCHOW. *Loc. cit.*
RHEINER. *Loc. cit.*
GOUGUENHEIM et TISSIER. *Loc. cit.*
B. FRANKEL. *Berliner klin. Woch.*, 1890.
MICHELSON. *Berliner kl. Woch.*, 1890, n° 10.
RETHI. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889.
MEYER. *Société laryng. de Berlin*, 1889.
SOMMERBRODT. *Berliner klinische Wochenschrift*, 90. n° 19.

les détails, et c'est à tort que l'on a voulu considérer comme toujours suffisant pour affirmer la tuberculose du larynx, l'aspect inégal, mamelonné, de la région interaryténoïdienne. Aussi bien n'est-ce pas cette forme de lésion que nous avons décrite avec M. le docteur Gouguenheim, comme particulière au début de la tuberculose laryngée, comme on nous l'a fait dire un peu à la légère. Nous reviendrons sur ce point, dans quelques instants, mais hâtons-nous de déclarer qu'il est souvent fort délicat de distinguer les altérations interaryténoïdiennes de la laryngite chronique, de celles du début de la tuberculose. On ne saurait même songer à faire fond sur l'état du poumon; car nous pensons, avec Schech, avec Gottstein, etc., que les lésions de la région interaryténoïdienne peuvent précéder pendant longtemps l'apparition des premiers signes saisissables de tuberculose pulmonaire (1).

(A suivre).

II

ŒDÈME AIGU INFECTIEUX BÉNIN DU LARYNX

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

La récente communication de M. Merklen à la Société médicale des hôpitaux, sur le *Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx*, m'a rappelé deux cas d'œdème aigu du larynx que j'avais observés dans mon service, en 1889 et 1890. Je tiens à les faire connaître pour bien démontrer que les œdèmes primitifs aigus du larynx ne sont pas toujours

(1) Jürgens. *Charité-Gesellschaft*, 1889.
Sandmann, Schœtz, Landgraf, B. Frænkel, Krakauer, Schadewaldt. *Berlin. klin. Woch.*, n° 10. p. 235, 10 mars 1889.
Heymann. Beitrag zur Kenntniss d. Epithel und der Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv*, Bd CXVIII.)
O. Chiari. 10e *Congrès international de Berlin*, 1890.

mortels. En effet, dans la même séance, mon distingué et savant ami, M. Gouguenheim, citait le cas de guérison publié récemment par mon collègue Josserand. J'avais suivi la malade avec le plus vif intérêt et j'avais pu me convaincre que tous les cas n'aboutissent pas fatalement à la mort.

Les observations que je vais donner ici ont trait à une forme plus bénigne encore, car l'œdème ne tourna pas à la suppuration.

Observation I. — P..., âgé de 24 ans, voiturier, entre dans mon service, salle Saint-Pothin, le 11 avril 1889. Cet homme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il présente cependant une certaine délicatesse du côté du larynx. A 15 ans, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une extinction de voix qui dura dix-huit jours sans dyspnée ni dysphagie. Depuis cette époque, sa voix s'enrouait facilement quand il s'exposait à de brusques variations de température.

Pendant son service militaire, étant brigadier, il était obligé de commander, sa voix était rapidement affaiblie et devenait rauque, principalement en hiver. Il faut ajouter qu'il fumait et chiquait beaucoup. Il n'a jamais eu la syphilis. Employé chez un marchand de vins depuis six mois, il a pris l'habitude de boire non seulement du vin, mais encore de l'alcool. Son estomac et son appétit ne sont néanmoins pas compromis.

Au mois de janvier, il s'enrhume pendant ses 28 jours de service militaire. La bronchite dure quelques jours et s'accompagne de laryngite avec raucité de la voix. La voix s'améliore à diverses reprises, sans reprendre absolument son caractère normal.

Le 5 avril, ayant encore de la raucité de la voix, sans le moindre signe de bronchite, il se met un thapsia sur la poitrine. Le 7 au soir, après avoir bu un peu et fumé d'une façon exagérée, il ressent des picotements dans la gorge et une légère douleur au niveau du cou. Le lendemain, la déglutition devient très pénible, il mange cependant encore de la soupe.

Le 9 et le 10, il travaille péniblement ; les efforts de déglutition sont très douloureux et vont en s'accentuant davantage; il ne peut ingérer que du lait ou du bouillon.

Dans la nuit du 10 au 11, il ressent de la fièvre et des frissons et à son réveil la dysphagie est absolue. Il entre à l'hôpital le jour même. Il ne peut rien avaler, il refuse même le lait

et crache sa salive pour éviter les douleurs de la déglutition.

Au repos, il n'éprouve pas de douleur autre que la céphalalgie ; il n'a pas de sensation de corps étranger dans la gorge. La respiration est absolument libre. *Les urines ne contiennent pas d'albumine*. On a malheureusement oublié de noter la température, le jour de l'entrée du malade.

La dysphagie est considérable et la voix presque éteinte. Au laryngoscope je constate que les cordes vocales sont rouges, gonflées et cylindriques ; elles paraissent jouir de mouvements normaux. La fossette latérale rétro-pharyngée gauche est complètement effacée par un œdème mou, violacé qui fait corps avec le ligament ary-épiglottique. Au-dessus de l'éminence aryténoïde gauche, œdème de même nature, tremblotant sous l'influence de la phonation. La fossette latérale gauche est aussi le siège d'un œdème moins prononcé. Le craquement provoqué par le déplacement latéral du larynx sur la colonne vertébrale est conservé. Comme traitement local, on se contente de badigeonnages de cocaïne.

Le 12 avril, la céphalalgie a diminué. La dysphagie est identique. L'œdème de la fossette gauche a disparu, mais celui de la fossette droite est encore assez prononcé, on remarque aussi de l'œdème mou en arrière de l'éminence aryténoïde droite. Celui de l'aryténoïde gauche a disparu. Les cordes vocales inférieures sont dans le même état. La bande ventriculaire droite est passablement tuméfiée. Je badigeonne le côté droit à la cocaïne, puis, immédiatement après, avec de la teinture d'iode pure. Le soir, la température est de 38°,2.

Le 13 avril, le malade prétend qu'après le badigeonnage iodé, la dysphagie a beaucoup diminué. La température est devenue normale. L'œdème de la fossette droite est nul aujourd'hui. La voix est encore un peu altérée, car l'œdème de la corde droite persiste encore et empêche l'occlusion glottique en arrière. Je fais un badigeonnage de teinture d'iode sur la corde droite. Le 15 avril, il n'y a plus la moindre trace d'œdème.

Le malade tousse légèrement.

Le 17 avril, il sort complètement guéri ; il présente à peine un peu de rougeur des cordes vocales.

Observation II. — A. G..., 24 ans, imprimeur, entre dans mon service le 18 mars 1890. Ce jeune homme n'a pas d'antécédents héréditaires importants. Il avoue quelques excès alcooliques, mais n'a jamais eu la syphilis. A la suite de divers

refroidissements, il prétend avoir ressenti quelques chatouillements au niveau du larynx.

Il ne souffre que depuis trois jours. Il a éprouvé tout d'abord une douleur qu'il localise au niveau du cartilage thyroïde. Cette douleur n'apparaissait que pour la déglutition de la salive et non des liquides et des solides. La voix n'a pas été altérée. La respiration n'était nullement gênée. Le malade continua son travail. Le deuxième jour, les symptômes étaient plus accusés et la douleur bien plus vive. Le matin du troisième jour, la douleur devient atroce, intolérable. Le soir la déglutition de la salive ou d'un liquide quelconque est absolument impossible. Il n'y a pas d'otalgie réflexe. Le malade s'aperçoit que son cou est tuméfié et que la pression avec la main ne peut s'exercer sans douleur. Il n'avait qu'une céphalalgie légère. La nuit, il ne peut dormir, il est très agité, tant la cuisson au niveau du larynx est vive et insupportable. La salive est très abondante. Enfin il y a de la gêne respiratoire.

Il entre à l'hôpital le quatrième jour, c'est-à-dire le 18 mars. Je pratique de suite l'examen laryngoscopique et je constate un œdème considérable de l'aryténoïde à droite. Cet œdème est mou, absolument transparent, comme infiltré. Il ne fait qu'un avec l'œdème du repli aryténo-épiglottique, il se continue ensuite en diminuant et disparaît en mourant sur le milieu de l'épiglotte. La corde vocale du même côté est rouge, aussi la voix est-elle un peu enrouée.

Le malade a de la fièvre, malheureusement le tracé de la température a été perdu. *Les urines ne contiennent pas d'albumine.* Je fais de suite un badigeonnage de teinture d'iode sur tous les points tuméfiés.

Le 20 mars, l'œdème de l'épiglotte a disparu, celui de l'aryténoïde a diminué de moitié; la corde vocale située du côté de l'œdème est encore rouge et tuméfiée. Le malade est bien soulagé. Je fais néanmoins un deuxième badigeonnage de teinture d'iode.

Le 21 mars, amélioration considérable depuis le deuxième badigeonnage. G... se lève et veut absolument sortir, il dit qu'il n'a plus aucun mal. La dysphagie a totalement disparu. L'empâtement de la région cervicale n'existe plus et la pression ne réveille pas la moindre douleur. La température est redevenue normale. A signaler seulement un peu de toux et un léger degré d'enrouement.

Si l'on compare ces deux observations, on y constate de grandes ressemblances dans l'évolution de la maladie.

Dans les deux cas, il s'agit de jeunes hommes du même âge ayant eu l'un et l'autre antérieurement quelques atteintes du côté de la muqueuse du larynx. Cette susceptibilité laryngée n'est pas sans éveiller l'idée d'une infection plus facile de la muqueuse, cette muqueuse étant plus apte à se laisser pénétrer par des éléments pathogènes venus du dehors. Dans l'espace de quatre à cinq jours, l'œdème atteint son apogée et la dysphagie est complète. Salive, aliments liquides et solides, rien ne passe. Malgré cette apparence grave, les urines ne contiennent pas la moindre trace d'albumine. La maladie, dans les deux cas, se présente avec des signes objectifs semblables. Le laryngoscope démontre l'existence d'un œdème absolument différent de ce que j'ai observé dans les formes infectieuses suppurées. C'est un œdème mou, tremblotant comme de la gelée dans les points les plus saillants. Il a une teinte opaline transparente, violacée. Il est donc bien différent de l'œdème dur, rouge et non transparent de la laryngite phlegmoneuse grave.

Si maintenant l'on veut faire rentrer ces deux cas dans le cadre nosologique sous leur véritable dénomination, on éprouve un certain embarras. C'est pourquoi je les présente sous le nom d'*Œdème aigu infectieux bénin du larynx.*

Cependant le terme bénin n'est pas applicable à tous les cas. Il y a dix ans, je fus appelé un soir brusquement dans un hôtel pour voir une malade qui suffoquait. Je me rendis de suite auprès de la malade, elle était déjà morte à mon arrivée. Cette jeune femme avait de la dysphagie depuis deux jours à peine. Le jour même de sa mort elle était allée consulter un de mes confrères qui ne constata chez elle qu'un peu de rougeur des piliers et du pharynx. Mon confrère me déclara qu'il n'y avait attaché qu'une médiocre importance; il est vrai que l'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué.

La malade était rentrée depuis une demi-heure à peine à l'hôtel quand survint la crise de suffocation mortelle. Il ne me fut pas donné de constater les lésions, mais je suis

persuadé qu'il s'agissait là d'un cas d'œdème analogue aux deux observations ci-dessus.

On voit donc qu'il faut, en pareille occurrence, réserver le pronostic, puisque la moindre crise de suffocation peut causer la mort du malade.

Dans quelle classe peut-on ranger ces œdèmes aigus du larynx ? Je crois qu'il s'agit d'infection relevant d'éléments pathogènes différents.

En 1885, j'ai publié une observation d'œdème aigu suppuré suivi de mort (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*). J'avais alors attiré l'attention sur la coïncidence de l'œdème laryngé et de la pneumonie, et j'avais émis l'hypothèse que le même microbe pouvait engendrer les deux localisations. Une observation publiée en 1890 par mon collègue et ami Josserand dans la *Province médicale*, semble vérifier mon hypothèse.

Mais, dans les observations actuelles, on peut songer, je crois, à l'affection décrite en 1884, par mon savant confrère M. Massei, sous le nom *d'érysipèle primitif du larynx*. Je n'ai pas recherché l'existence du *streptococcus* de Fehleisen. La recherche n'est pas cliniquement facile ni exempte de causes d'erreurs. M. Massei vient d'ailleurs de revenir sur cette question au Congrès international de Berlin (1890).

Il renonce à la preuve de son opinion par la recherche bactériologique. Il s'appuie surtout sur trois signes cliniques : la dysphagie rapide, la facilité de déplacement de l'œdème, l'existence de la fièvre avec rémission rapide.

Dans mes deux cas, l'œdème a provoqué une dysphagie intense, il y avait de la fièvre, et la rémission a été assez rapide. Je n'ai pas vu l'œdème se déplacer d'une façon bien sensible du moins.

En terminant, je veux insister sur l'action utile des badigeonnages de teinture d'iode pure sur les œdèmes aigus. L'œdème se flétrit très rapidement et s'affaisse sous l'influence de cette médication. L'anesthésie à la cocaïne doit précéder le badigeonnage iodé pour éviter la douleur ou la production d'un spasme.

BIBLIOGRAPHIE

Die pathologische Anatomie des Gehoerorganes (Anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe), par Steinbrügge, professeur des maladies de l'oreille à Giessen. — In-8° de 125 pages et 20 gravures. — Berlin, Hirschwald, 1891.

Ce très intéressant travail fait partie du *Traité d'anatomie pathologique spéciale* de J. Orth, dont il constitue la sixième livraison. M. Orth ayant résolu de faire traiter par des spécialistes certaines parties de son livre, comme les maladies de la peau, de l'œil, de l'oreille, s'est adressé pour ces dernières à M. Steinbrügge. Il ne pouvait faire un meilleur choix que celui du distingué professeur de Giessen, qui s'est adonné avec une véritable passion scientifique à l'étude de cette branche de l'art médical et qui possède une collection extrêmement riche de préparations normales ou pathologiques de l'oreille.

Le livre commence par les malformations de l'organe de l'ouïe. Nous serons bref sur ce chapitre; l'auteur divise les malformations en deux catégories : les malformations *par arrêt* et les malformations *par excès* de développement. Les lésions de cet ordre dans le labyrinthe, chez les sourds-muets, sont étudiées avec soin. Steinbrügge appelle l'attention sur l'influence causale de la syphilis chez les parents.

Vient ensuite l'anatomie pathologique du rocher. En ce qui concerne la déhiscence spontanée et les petites perforations pénétrant dans la caisse, l'auteur les croit très rares : celles que l'on observe sur les os macérés ne sont que des artifices de préparation. Les hyperostoses du rocher, les exostoses du conduit, les tumeurs malignes de l'os, sont traitées avec soin et avec une connaissance approfondie de la littérature la plus récente.

A propos des maladies du pavillon, Steinbrügge croit que l'othématome peut se développer non seulement à la suite des traumatismes, mais aussi spontanément, bien que ce soit plus rare. Dans ce dernier cas, il semble nécessaire qu'il ait existé antérieurement des troubles de nutrition ou des blessures de l'oreille : à l'appui il cite le cas d'un de ses malades qui, quinze

ans auparavant, avait reçu un coup sur l'oreille ayant laissé une cicatrice et des lésions du cartilage et chez lequel un hématome se développa sans cause connue. Chez les aliénés, on trouve souvent réunis et les altérations du cartilage et les traumatismes, et ce sont ces deux causes qui expliquent la fréquence chez eux de l'othématome.

Les maladies du conduit auditif ne donnent lieu à aucune observation spéciale; les récentes recherches sur les mycoses auriculaires sont indiquées surtout d'après le travail de Siebenmann. A propos des inflammations du tympan, l'auteur donne une première figure qui montre bien l'inflammation des couches épithéliale et cutanée; il admet l'opinion de Moos et de Habermann sur l'origine épidermique des cholestéatomes. Enfin il appelle l'attention sur ce fait d'observation personnelle que les deux tympans et les deux manches du marteau n'occupent pas une position symétrique ; le gauche est nettement plus horizontal que le droit. C'est une notion importante qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'appréciation des enfoncements pathologiques du tympan.

Les maladies de la caisse, hypérémie et congestion, inflammation suppurative aiguë et chronique avec leurs conséquences ultérieures, sont étudiées avec le même soin et la même conscience, mais la description donnée est classique. On y trouvera une bonne revue des travaux récents sur la bactériologie des inflammations de la caisse; mais Steinbrügge ne croit pas qu'on puisse encore tirer de ces recherches des lois sur l'étiologie et l'évolution des maladies de l'oreille. A propos des polypes de la caisse, l'auteur admet qu'on doit distinguer les granulations, les fibromes, les myxomes et enfin les angiofibromes qu'il a décrits en collaboration avec Moos et qui ne sont pas rares, puisque sur 100 cas de polypes Moos et Steinbrügge ont trouvé 55 cas de tumeurs par granulations, 27 angiofibromes, 14 fibromes et 4 myxomes. Les polypes seraient beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme (66 fois chez l'homme 27 fois chez la femme). Il revient sur les cholestéatomes et décrit en détail leur évolution, l'usure des os qu'ils arrivent à produire et les complications cérébrales qui leur font suite ; il en cite deux cas personnels.

Les trompes d'Eustache étant la voie de propagation la plus habituelle des affections de l'oreille, un important chapitre leur est consacré, ainsi qu'aux ulcérations de l'orifice et aux rétrécissements qui se produisent dans la continuité. — A signaler

également le chapitre sur la carie et la nécrose du rocher. On peut regretter ici que l'auteur ne se soit pas étendu davantage sur les abcès cérébraux ou intra-craniens consécutifs, qui sont seulement signalés.

Mais c'est surtout dans l'étude des affections du labyrinthe que M. Steinbrügge apporte une foule de documents personnels et intéressants. La méthode employée par Moos et Steinbrügge pour la préparation du labyrinthe, bien qu'ayant déjà été publiée plusieurs fois, mérite d'être reproduite à nouveau, car elle donne d'excellents résultats. Les rochers, réduits au volume le plus petit possible, doivent être placés pendant 48 heures dans une solution d'acide osmique à 1 ou 2 0/0; on les met alors dans une solution à 1/6 0/0 d'acide chromique, laquelle est remplacée deux jours plus tard par une solution à 1/4 0/0. Deux jours après, on place les os dans une solution d'acide chromique à 1/2 0/0 à laquelle on a ajouté 20 centimètres cubes d'acide nitrique par litre : ce liquide doit être changé tous les trois à quatre jours, et la décalcification dure en moyenne huit semaines.

Lorsqu'on juge les os suffisamment ramollis, et il faut se rappeler qu'il y a des points particulièrement durs (dans le conduit auditif interne, à la base du modiolus et sur la paroi postérieure du vestibule), on les lave à l'eau et on les place pendant trois heures dans de l'alcool à 95°. On les place ensuite dans de l'eau courante pendant six heures, puis dans de l'alcool à 95° qu'on chargera à nouveau s'il se colore en vert.

Pour faire de bonnes coupes, il est indispensable de se servir de la celloïdine. Après avoir mis les rochers dans de l'alcool absolu pour les déshydrater complètement, on les met pendant 24 heures dans le mélange d'alcool absolu et d'éther à parties égales. Il est bon de le renouveler au bout de 24 heures : on projette alors dans le mélange de petites quantités de celloïdine de manière à former une solution d'abord très claire, qui pénétrera dans le labyrinthe et fixera les parties. Au bout de huit jours, on retire les pièces et on les conserve dans de l'alcool à 50 0/0.

Tous les chapitres consacrés à l'anatomie pathologique du labyrinthe mériteraient d'être reproduits, et l'on conçoit que le cadre de cette revue bibliographique ne nous permette pas d'entrer dans les détails. Nous ne signalerons que les points principaux. Après avoir étudié d'une manière générale l'hypérémie, les hémorrhagies et les inflammations de l'oreille interne, il les reprend en particulier dans la méningite cérébro-spinale dont

il a pu examiner personnellement plusieurs cas, dans les affections diphtéritiques de la caisse, la rougeole, la syphilis, la tuberculose, la leucémie, l'ostéomyélite, etc. De nombreuses figures d'après des préparations de l'auteur, contribuent à rendre ses descriptions très claires.

A propos de la leucémie, Steinbrügge rapporte une nouvelle observation : chez une jeune fille de 14 ans morte après avoir présenté une surdité très prononcée pendant les derniers jours de sa vie, il trouva de petites hémorrhagies dans le limaçon droit, entre l'organe de Corti et la strie vasculaire; à gauche, le canal semi-circulaire membraneux supérieur renfermait un gros caillot sanguin. On sait qu'il n'existait jusqu'alors que trois autopsies du rocher dans ces cas de surdité compliquant la leucémie (Politzer, Gradénigo, Steinbrügge).

Le livre se termine par quelques considérations intéressantes sur les modifications du labyrinthe consécutives à l'élévation de la pression intracranienne et par une courte description des altérations pathologiques (gommes, tubercules, tumeurs, dégénérescences) qui peuvent atteindre le nerf acoustique lui-même.

M. LANNOIS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Compte rendu, parP. GASTOU

Séances des 4 et 5 mai 1891.

Président : Dr RUAULT

Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure à fente médiane. — Observation de polype laryngien enlevé à l'aide de cette pince, par le Dr SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers). — Sera publié.

Discussion.

Dr RUAULT. Ces pinces sont très bien construites, elles ressemblent à celles de M. Gouguenheim, mais avec la fenêtre en plus. Les miennes permettent de bien voir le champ opé-

ratoire, à condition de les placer obliquement. On peut enlever des polypes pendant la phonation.

Dr Suarez de Mendoza. Remercie le Dr Ruault de son appréciation, mais lui fait remarquer que s'il est vrai qu'avec une pince antéro-postérieure ordinaire, assez mince, et en l'inclinant légèrement, on peut voir parfois le champ opératoire et le néoplasme, l'intervention n'est pas à beaucoup près aussi sûre qu'avec son instrument, lequel, sans aucun artifice, livre toujours passage à un faisceau lumineux qui éclaire et dévoile à l'œil de l'opérateur la tumeur à enlever.

Dr Madeuf. Constate que parmi les pinces du Dr Suarez de Mendoza, il en est qui ont l'avantage de n'être coupantes que d'un seul côté, ce qui permet d'opérer sur l'une ou l'autre corde vocale.

Présentation d'un malade âgé de 23 ans, porteur d'un épithélioma nasal, par le Dr Madeuf. — M. Madeuf présente un jeune homme porteur d'une tumeur nasale à droite. Cette tumeur avait au début l'aspect d'un polype, sans en avoir la consistance ni la mobilité. Un fragment soumis à l'examen du Dr Latteux, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Depuis, le malade est allé voir le Dr Desprès qui, sans faire la rhinoscopie, a diagnostiqué une périostite. Le Dr Madeuf voulait une cure radicale; le malade, sur le conseil du Dr Desprès qui maintint son diagnostic malgré l'examen histologique, a été simplement ponctionné.

Discussion.

Dr Ruault. La Société compte parmi ses membres des histologistes, entre autres le Dr Chatellier, qui pourra donner son avis.

Dr Gouguenheim. La compétence du Dr Latteux est suffisante en pareil cas.

Dr Ruault. En tous cas, cette tumeur rosée, mûriforme, saigne abondamment, et les sarcomes donnent des signes analogues. Il faut dans ces cas une cure radicale.

Empyèmes chroniques de l'antre d'Highmore et faux empyèmes, par le Dr Moure (de Bordeaux). — Krause, Anderman, Luc, Jeanty, ont signalé dans la symptomatologie de l'empyème de l'antre d'Highmore l'écoulement unilatéral par une narine, écoulement variant avec la position de la tête, l'odeur perçue par le malade, et en dernier lieu l'écoulement du pus en arrière.

Il existe des cas de faux empyèmes dans lesquels les malades présentent tous les signes précédents sans que l'antre soit malade.

Voici deux observations à l'appui : 1re observation : Femme de 28 ans, rhumes de cerveau fréquents ; depuis 5 ans mouche du pus venant d'une seule narine. Pas de maux de tête. L'examen rhinoscopique fait voir un gonflement hypertrophique de la muqueuse des cornets inférieurs des deux côtés et du pus dans le méat moyen du côté gauche. L'auteur pensait à un empyème, mais la destruction au thermo-cautère de la poche purulente amena la guérison.

2e Observation : Mêmes phénomènes chez un homme de 48 ans. Même erreur de diagnostic. Amélioration rapide par le même traitement. Dans les deux cas, l'éclairage de la face par transparence n'a pas été fait, l'auteur ne lui attribuant qu'une valeur relative.

Discussion.

Dr Luc. N'est pas d'avis que l'éclairage électrique soit inutile dans le diagnostic des empyèmes. M. Moure n'a pas parlé de l'etat des dents. La carie de certaines molaires a une grande importance.

Dr Moure. Dans le second cas seulement, mon malade avait une molaire en mauvais état.

J'ai opéré des empyèmes qui avaient de bonnes dents.

Dr Luc. Il n'existe pourtant qu'une exception sur 30 cas.

Dr Moure. Il n'y a pas que la carie dentaire qui cause l'empyème, certains coryzas contemporains de l'influenza ont donné lieu à des suppurations de l'antre.

Dr Gouguenheim. Il n'est pas douteux qu'il existe des empyèmes avec bonnes dents, ou dans lesquels les dents ne sont pour rien. Dans quelques cas, faire sauter une dent entraîne un excellent résultat. J'ai vu avec tous les signes les plus évidents de catarrhe, une absence complète de pus. Je demanderai à M. Moure en quel point il a ponctionné la poche purulente. Quelle était la nature de cette poche? Aux dépens de quoi était-elle formée? Comment cette collection a-t-elle guéri?

Dr Moure. J'ai ponctionné la poche purulente comme si j'avais eu à faire une ponction exploratrice ou une injection dans le sinus. La tumeur était probablement un kyste suppuré, je l'ai incisée d'avant en arrière au thermo-cautère, et la guérison s'est faite comme dans un kyste ouvert largement.

Dr Luc. Je n'ai pas dit que le mauvais état des dents soit toujours cause de l'empyème, mais je persiste à croire que la carie des premières grosses molaires existe dans la grande majorité des cas. S'il y a un abcès suppuré, je préfère ouvrir la fosse canine que d'arracher une dent. C'est ce que j'ai fait pour un abcès à streptocoques, j'ai ouvert la fosse canine.

Dr Moure. Il m'a paru, dans certains cas, très difficile de savoir si une dent est bonne ou mauvaise. On a vu des kystes de la racine d'une dent occuper tout le sinus maxillaire, sans donner lieu à des signes visibles du côté de la dent. Et une grosse question est celle de savoir si le malade acceptera l'extraction d'une dent qui lui paraît saine.

Dr Suarez de Mendoza. Comme M. Luc, je préfère l'opération par la fosse canine dans tous les cas où l'examen le plus attentif ne peut imputer à aucune dent l'affection du sinus. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice pratiquée par la fosse canine à l'aide de la machine de White et d'un mince foret (comme en emploient les dentistes pour agrandir les canalicules dentaires) est aussi inoffensive que la piqûre faite au bras avec l'aiguille de Pravaz, et elle permet, si on remplace le foret par un trocart, de compléter le diagnostic en faisant l'aspiration. Je n'admets pas, comme mon confrère M. Moure, qu'on enlève des dents saines, sous prétexte qu'on ne peut savoir si la racine est malade. Avec un peu d'habitude et d'attention, il est toujours possible de diagnostiquer, dans une dent saine en apparence, soit une carie du collet, soit une tumeur périostique, ou une périostite simple. On peut alors intervenir par l'alvéole dentaire, après extraction de la dent malade. Mais lorsque l'examen avec la sonde, l'action de l'eau chaude et de l'eau froide n'ont rien révélé d'anormal, il convient d'agir par la fosse canine, tant pour procéder aux injections détersives que pour donner une libre issue aux liquides contenus dans le sinus.

Dr Gellé. Pour éviter l'erreur, il faut attacher de l'importance au bourrelet hypertrophique et ouvrir la poche.

Dr Luc. Ce n'est pas la dent en elle-même qui cause la suppuration du sinus, celle-ci provient de la carie de l'os. Et comme l'a montré Cruet, elle est liée à une carie avancée.

Dr Gouguenheim. Je ne suis pas partisan de l'opération par la voie canine, que je n'ai jamais tentée du reste. Je voudrais savoir combien de temps la perforation reste ouverte?

Dr Suarez de Mendoza. Trois mois.

Dr Ruault. J'ai vu une fistule durer cinq ans.

Dr [illegible]. Je préfère l'extraction [illegible]. [illegible]

Dr [illegible]. M. [illegible] a [illegible] deux erreurs de diagnostic [illegible] l'examen par transparence.

M. [illegible] et moi avons vu dans un cas de léger catarrhe une opacité [illegible] très nette. C'est là qu'il faut chercher ce signe et non ailleurs. En de 50 cas, dont 5 empyèmes doubles, je puis conclure que l'on peut voir l'opacité sans empyème, mais jamais l'empyème sans opacité.

Il existe des erreurs de diagnostic causées par l'éclairage : une masse de caséum, l'ap[illegible] peuvent en imposer ; mais souvent alors le siège de l'opacité diffère. L'opacité peut aussi se montrer chez certains sujets au niveau de la joue, par suite de l'épaisseur de la couche musculaire, quoique le sinus soit sain. Si l'opacité existe d'un côté et pas de l'autre, on peut presque affirmer le pus. Du reste, ce pus peut être attiré par les aspirations que les malades font en se mouchant et vient séjourner à la partie supérieure de l'antre d'Highmore ; il y a alors opacité même pour très peu de pus.

Pour ce qui est du traitement, la perforation du méat inférieur pour pénétrer dans le sinus n'est pas une méthode de choix, car on peut fracturer les parties osseuses. Je préfère, comme moyen de diagnostic, vérifier l'état des dents, et comme traitement, enlever l'avant-dernière molaire.

Dr Moure. L'éclairage par transparence est loin d'être un signe diagnostique certain, s'il existe peu de pus la transparence est absolue. Je dirai à M. Luc que les dents ne sont pas toujours cariées jusqu'à la pulpe, et que quelquefois une ou deux racines restent bonnes.

Dr Gouguenheim. La question de l'examen par transparence, pour constater l'existence ou l'absence de pus, est embarrassante, et dans bon nombre de cas cet examen ne résout pas la question. Il s'agit quelquefois d'un catarrhe léger, bénin, du sinus, consécutif à une rhinite qui existe encore ; d'autres fois,

c'est un myxome, un papillome. L'éclairage ne donne pas alors de résultat s'il n'y a pas d'opacité. Souvent le traitement améliore. On raisonne toujours sur des cas types, il en est sans opacité; un seul signe dans ce cas n'est pas pathognomonique.

Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte, par le Dr F. Suarez de Mendoza, d'Angers. — On sait, dit l'auteur, la vogue évidemment exagérée dont a joui la pilocarpine à son apparition sur la scène médicale. Il n'est guère d'affections pour lesquelles on n'ait tâté du fameux spécifique.

Quoi qu'il y ait eu des échecs, ce topique n'en jouit pas moins d'une faveur méritée, et on lui reconnaît de nombreuses indications.

Voici un cas où il a fait merveille et qui mérite, à ce titre, d'être porté à la connaissance du public médical.

Le 5 novembre 1890, à cinq heures du matin, l'auteur fut mandé en toute hâte par deux de ses confrères pour examiner le larynx d'un jeune homme atteint d'œdème grave de la glotte et aux prises avec des accès de suffocation menaçants. La situation était critique, et les deux confrères de l'auteur penchaient pour l'intervention chirurgicale. Celui-ci, remarquant au niveau du gonflement glottique un léger interstice pendant la respiration du malade, crut pouvoir temporiser et proposa l'emploi de la pilocarpine, qui lui avait déjà réussi dans deux cas analogues.

Cette médication ayant été acceptée par ses confrères, à la condition qu'on se tiendrait prêt à opérer si le danger devenait imminent, le Dr F. Suarez de Mendoza procéda aux injections de l'alcaloïde. Il en fit trois, espacées de vingt minutes, ce qui porta à 25 milligrammes la somme d'alcaloïde injecté. Dès la première injection, un soulagement marqué se faisait sentir, et un quart d'heure après la troisième, quand l'auteur quitta le malade, ce dernier était, d'anxieux, redevenu absolument calme. Tout danger était conjuré. Huit jours après la guérison était complète.

Discussion.

Le Dr Moure trouve cette observation intéressante, mais il ne s'en dégage pas des indications pour l'emploi d'un pareil moyen.

Papillome du larynx chez l'enfant. Disparition complète après la trachéotomie, par M. Garel, de Lyon. (Voir *Annales*, n° 6; 1891.)

Quelques considérations sur la syphilis héréditaire tardive des fosses nasales, par le Dr Noquet, de Lille. — Il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire tardive des fosses nasales observé récemment.

Un confrère lui amena en novembre dernier une petite fille de 12 ans; il croyait, à cause des antécédents héréditaires, à l'existence d'un lupus nasal. L'enfant avait de l'enchifrènement, un écoulement du nez abondant, épais. Le lobule était aplati, rouge, induré. Il n'y avait pas le nez en lorgnette caractéristique décrit par Fournier. De chaque côté de la sous-cloison se voyait une ulcération ou crevasse assez profonde, et dont le fond était d'un gris sale. Les fosses nasales étaient remplies de mucosités épaisses, noirâtres, n'ayant cependant qu'une odeur fade, non comparable à celle que provoque l'ozène ou la carie syphilitique. Un nettoyage complet des fosses nasales permit d'apercevoir une perforation de la portion cartilagineuse de la cloison ayant à peu près la largeur d'une pièce de 20 centimes.

La muqueuse au niveau de la cloison et des cornets était gonflée et tuméfiée, il n'y avait ni carie ni nécrose pouvant être, du moins, perçue par le stylet. L'enfant avait souffert des yeux autrefois ; elle présentait des leucomes, traces évidentes de kératites parenchymateuses anciennes. Elle avait les déformations dentaires d'Hutchinson, une cicatrice du voile du palais, près de la luette, et des syphilides squameuses sur les jambes. Le père de l'enfant nia d'abord tout accident syphilitique. M. Noquet néanmoins prescrivit comme traitement général le sirop de Gibert et les chaussettes napolitaines de Denis-Dumont ; comme traitement local : des injections de résorcine à 20 0/0 et des applications de chlorate de potasse. Au bout de huit jours l'amélioration se manifestait.

Ce qui confirma encore l'opinion première de l'auteur, c'est d'une part l'absence de bacilles de Koch constatée par le Dr Combemale, et en second lieu l'aveu tardif du père d'un chancre contracté en 1870. A l'heure actuelle l'enfant est presque guérie, mais la perforation de la cloison persiste.

Discussion.

Le Dr Gellé attache une grande importance à l'examen des fosses nasales dans les cas d'hérédo-syphilis. Il cite à l'appui deux faits : 1° Celui d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de surdité progressive sans grande lésion du côté de l'oreille moyenne.

Rien du côté du voile du palais ni des yeux. La découverte d'une perforation de la cloison nasale fit prescrire un traitement spécifique et la malade guérit. 2° Le deuxième cas a été cité par le professeur Charcot dans une de ses cliniques médicales. Un sujet de 22 ans présentait des crises d'épilepsie jacksonienne. Il avait en outre des traces d'une choroïdite ancienne.

Gellé constata une disparition presque complète du cornet inférieur gauche et une cicatrice défoncée, déprimée, du cavum.

Un traitement spécifique intensif a diminué depuis fortement en cinq mois les crises.

Gellé pourrait rapporter également le cas d'un garçon de 16 ans, qui avait également de l'épilepsie jacksonienne et de l'otorrhée et que guérit le traitement spécifique; mais chez celui-ci il n'existait rien sur la cloison.

Dr Noquet. Les affections auriculaires : otites sèches, scléroses, surdité complète, sont très fréquentes dans la syphilis héréditaire tardive.

Sur le meilleur traitement à suivre après l'ablation des tumeurs adénoïdes pour éviter le coryza chronique, par le Dr Madeuf, de Paris. — M. Madeuf offre aux membres de la Société les photographies du même enfant idiot, porteur de végétations adénoïdes, faites à 18 mois, à 3 ans, 6 ans, 10 et 14 ans. Cet enfant a parfaitement respiré par le nez après l'opération, et depuis, d'après ce qu'a écrit le père, il maintient la bouche ouverte.

Pour éviter le coryza chronique, M. Madeuf conseille, en plus du traitement général, des injections chaudes et l'introduction de lanières de mousseline dans les fosses nasales, pour partager entre la voie buccale et nasale l'air qui doit servir à la respiration.

Discussion.

Dr Moure. Le coryza précède quelquefois et est toujours concomitant dans les cas de tumeurs adénoïdes. Il disparaît après l'opération par l'emploi d'irrigations antiseptiques ou salées.

Dr Noquet. Dans les cas où les tumeurs adénoïdes sont peu développées, on les voit, chez des enfants de 12 à 13 ans qui présentent du coryza chronique avec hypertrophie des cornets, disparaître rapidement si on traite le coryza et la tuméfaction de la muqueuse. Et dans ces cas, la galvano-caustique sur le

cornet inférieur, l'application de chlorate de potasse diminuant la gêne respiratoire et guérissant le malade.

Dr Chatellier. Les tumeurs adénoïdes sont des tumeurs d'origine irritative, parasitaire. Le tissu adénoïde est le siège d'une inflammation qui aboutit à une tuméfaction ou à un retrait. Il y a identité absolue entre la pathologie de l'amygdale pharyngée et celle des glandes adénoïdes du rétro-pharynx.

Dans les inflammations adénoïdes on retrouve, comme dans toutes les suppurations, des staphylocoques citreus, albus, aureus, des streptocoques; quelquefois le microbe de Friedländer, qui est peu défini. Il n'y a donc pas dans les tumeurs adénoïdes une pathologie mystérieuse ; il y a, si l'on peut dire, adénoïdite et phénomènes inflammatoires qui se propagent à la trompe et à l'oreille moyenne. Il y a dans l'otite les mêmes microbes que dans la tumeur adénoïde. Toutes ces manifestations ne sont que l'expression d'une même maladie, d'où l'origine est dans le cavum rétro-nasal. C'est le résultat d'un coryza antérieur, postérieur, tubaire et de la caisse.

Dr Moure. L'amygdale pharyngée ne diffère, en effet, aucunement de l'amygdale buccale.

De certaines surdités dans l'otite moyenne sèche et des moyens d'y remédier, par le Dr Miot, de Paris. — L'auteur fait l'historique des interventions opératoires pratiquées jusqu'à ce jour dans la cure des surdités dues à l'otite moyenne sèche. Il passe en revue l'enlèvement du tympan, l'extraction des osselets, les perforations curatives, et étudie le processus de cicatrisation et les résultats obtenus. Il insiste sur les diverses indications ou contre-indications et fait remarquer que malgré la perforation artificielle du tympan, la surdité a presque, comme avant toute opération, les mêmes variations suivant l'état météorologique de l'atmosphère. Ayant constaté combien l'acuité s'améliore chez ses malades quand il y a un peu d'hyperhémie de la muqueuse et sécrétion de liquide, il a voulu reproduire, chez ses opérés, les mêmes conditions au moyen d'instillations. Ayant essayé successivement l'eau salée, la glycérine, qui est douloureuse, il a choisi la vaseline liquide avec ou sans iode. Ce mélange ainsi formulé :

Vaseline liquide.....	80 grammes.
Iode métallique......	1 centigr.

est admirablement supporté par la muqueuse. L'acuité auditive est augmentée et rendue plus nette, les variations de tempé-

rature sont beaucoup moins sensibles et les bourdonnements diminués. L'auteur cite à l'appui des observations.

Discussion.

Dr Chatellier. Demandes : 1° Quelles sont les indications précises de l'extirpation du marteau et de l'enclume dans les cas de non-suppuration de l'oreille? 2° Quel est l'effet consécutif des injections intra-tympaniques quand on a cessé depuis trois mois?

J'ai fait l'extirpation du marteau dans un cas de carie de la tête du marteau et de suppuration de la membrane de Shrapnell. Le malade se trouva amélioré pendant trois à quatre jours. Mais, depuis lors, il est plus sourd qu'avant, et il a des bruits subjectifs plus forts que jamais et intolérables.

J'ai agi pourtant suivant une indication formelle, il fallait à tout prix mettre le malade à l'abri d'une méningite. Quant à l'injection intra-tympanique, elle donne des résultats plus apparents que réels. Il y a une inflammation nouvelle dans l'oreille, on donne de la souplesse au tissu, la rigidité des brides diminue; mais, ultérieurement, en est-il de même; il se fait du tissu conjonctif et de la sclérose.

Dr Miot. M. Chatellier a probablement eu un cas malheureux, car cette opération, faite couramment en Allemagne et en Autriche, réussit toujours.

Je n'ai pas parlé d'injections intra-tympaniques, mais d'instillations dans l'oreille ouverte. Je fais faire les instillations le soir, au moment du coucher; je n'ai jamais vu de tissu conjonctif se produire. Je fais la section d'une portion de tympan quand il y a sclérose absolue, et je maintiens ma perforation très longtemps béante. Je n'enlève le marteau que s'il y a des adhérences ou immobilisation complète de la chaîne des osselets.

Dr Chatellier. Je n'ai pas dans l'idée, en insistant, un but de critique, mais je voudrais que l'on m'indiquât nettement quand il faut opérer dans l'otite sèche; jusqu'à ce qu'un travail d'ensemble précis ait paru sur ce sujet, je m'abstiendrai.

Dr Miot. En France, nous sommes timides pour ces opérations. Je n'ai que des cas favorables, et jamais je n'ai eu l'exagération des bourdonnements que M. Chatellier a observée.

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, par le Dr Lacoarret, de Salies-de-Béarn. — L'arthrite aiguë crico-aryténoïdienne n'a été que peu signalée jusqu'à ce jour.

Toutefois, Desbrousses, Libermann, Ramon de la Sota, Major, Simpson en ont rapporté des exemples ; Semon, Charazac, Tissier, Lennox Browne l'ont étudiée. C'est à peine si les traités classiques rappellent la possibilité de synovite de cette articulation.

L'arthrite aiguë crico-aryténoïdienne est le résultat de causes multiples :

1° L'arthrite *a frigore*, spontanée, qui doit comprendre beaucoup de prétendus cas de laryngite œdémateuse ou œdème aigu du larynx ;

2° L'arthrite par propagation, la plus fréquente de toutes, consécutive à une inflammation de l'arrière-gorge ;

3° L'arthrite traumatique, décrite par Fredet, Fessard, Major, et consécutive à des cathétérismes, à une cautérisation, à une blessure ;

4° L'arthrite rhumatismale;

5° L'arthrite blennorrhagique, vue par Libermann et Simpson. Quant aux abcès, aux périchondrites que l'on rencontre assez souvent dans le cours et surtout pendant la convalescence des fièvres graves ou éruptives, des septicémies, les autopsies ont quelquefois démontré que le processus morbide était parti primitivement de l'articulation.

Beaucoup d'abcès et des prétendues périchondrites primitives ne sont autre chose que des arthrites infectieuses.

Les symptômes subjectifs (phonation, respiration, douleur) ont peu de valeur et n'en acquièrent que grâce aux symptômes objectifs qui, eux, permettent de poser un diagnostic exact. Le pronostic est en rapport avec l'étendue des lésions, et le traitement est à la fois local et général.

Anomalie artérielle sur la paroi spinale du pharynx, par le Dr Gellé, de Paris. — L'auteur a observé, chez un de ses malades, une anomalie intéressante par le volume du vaisseau et par son siège dans une région où les interventions opératoires sont fréquentes.

C'est la seule fois qu'il ait rencontré cette anomalie.

C'est une anse artérielle très volumineuse et saillante, verticale, qui bat sur la paroi spinale du pharynx dans la moitié gauche exclusivement et non sur la paroi latérale.

La largeur du pharynx de la malade permet de l'inspecter facilement et montre le vaisseau bien isolé du côté gauche et non masqué par l'amygdale.

Quelle est cette artère? Ce ne peut être la pharyngienne

.ndante, vu son volume et l'absence de ramifications. On ut penser à la carotide interne, mais plutôt à la vertébrale, qui, on le sait, ne pénètre fréquemment dans son canal ostéo-fibreux qu'au niveau de la 5e, 4e ou 3e cervicale et fait, avant d'y entrer un trajet plus ou moins long au-devant des vertèbres. Le volume, du reste, serait plus en rapport avec celui de la vertébrale.

Discussion.

Le Dr Moure a vu 5 ou 6 cas analogues et ne croit pas cette anomalie rare. C'est une raison de plus pour la signaler à l'attention des opérateurs.

Présentation d'un instrument pour irrigations nasales, par le Dr Gellé. — C'est un perfectionnement ajouté à la canule à irrigations nasales. Il consiste en une petite poire qui s'adapte dans la narine et qui, gonflée d'air, empêche la canule de tomber et l'eau de refluer.

Dr Madeuf. Cet instrument pourrait servir pour les douches de Politzer.

Dr Suarez de Mendoza. J'emploie une poire analogue pour électriser et fixer les réophores dans les narines.

Contribution à l'étude des rapports des tumeurs adénoïdes avec l'otite moyenne purulente chronique, par le Dr Wagnier, de Lille. — Les tumeurs adénoïdes, par suite d'un processus infectieux, sont souvent cause d'otites moyennes purulentes.

Il résulte de l'examen de 6 cas très concluants que l'ablation des végétations adénoïdes exerce une influence des plus heureuses sur la maladie de l'oreille concomitante. Car, à la suite de l'opération, avec une rapidité étonnante, la guérison de l'otite est survenue, alors qu'antérieurement les procédés thérapeutiques les plus divers avaient été employés.

Cette ablation agit probablement en améliorant l'état de la trompe par l'enlèvement d'un obstacle mécanique, d'où diminution de la congestion du catarrhe et de l'hypertrophie.

Intubation du larynx chez les adultes, par le Dr Massei, de Naples. — Lefferts a préconisé l'intubation dans les rétrécissements syphilitiques et il a obtenu des guérisons. L'auteur a essayé 12 fois cette méthode : 5 fois pour syphilis laryngée, 3 fois pour tuberculose, 2 fois pour dilater le larynx après trachéotomie, 1 fois pour papillome, 1 fois pour pachydermie.

Il conclut que la sténose aiguë ou chronique peut céder à la

dilatation permanente et dans un temps très court ; et en second lieu, que le tubage peut éviter beaucoup de trachéotomies, et cela surtout dans le cas d'œdème. Une contre-indication au tubage est la présence de diaphragmes, de masses bourgeonnantes. Il ne faut pas tuber dans ces cas avant d'avoir enlevé les obstacles.

Un cas de guérison d'érysipèle de la face à répétition, par le Dr Lavrand, de Lille. — Il s'agit d'une religieuse hospitalière âgée d'environ 40 ans. Par ses occupations, elle ne se trouve en contact ni avec des blessés, ni avec des opérés. Depuis longtemps elle souffre de céphalalgie fréquente et de catarrhe naso-pharyngien. En 1887 elle est atteinte d'érysipèles de la face qui sortent par le nez, et cela tous les mois une ou deux fois. Dans l'automne de 1888, le catarrhe naso-pharyngien est soigné par les moyens habituels : gargarismes, douche nasale, galvano-cautère.

Les érysipèles continuent leur apparition régulière comme devant. Enfin, le Dr Lavrand se décide à enlever les végétations adénoïdes moyennement développées dans le cavum pharyngé. Depuis lors, c'est-à-dire depuis mai 1889, les érythèmes n'ont pas reparu.

L'auteur a été conduit à employer ce mode de traitement par les cas qu'il a observés. (*Soc. sc. méd. de Lille* et *Soc. d'otologie*, 1889.)

Il conclut en disant que la porte d'entrée des micro-organismes de Fehleisen peut se trouver dans les fosses nasales quelquefois, mais que la muqueuse du cavum pharyngé, modifiée par le développement de tumeurs adénoïdes, doit être considérée comme une voie d'introduction assez fréquente. Donc, en présence d'érysipèles faciaux à répétition, il faut examiner l'arrière-gorge et remplir les indications qui s'offrent au praticien s'il y a lieu.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Compte rendu, par P. Gastou.

Séance mensuelle du 6 juin 1891.

Président, le D[r] Gellé.

Des éruptions érythémateuses produites par le salol en applications locales, par le D[r] Cartaz. — Je viens attirer l'attention de la Société sur des faits d'érythèmes aigus et d'éruptions eczémateuses produites par l'application du salol dans les cas d'otites suppurées ou de rhinites. Les faits que je rapporte ici ont déjà été signalés par d'autres auteurs et en particulier par le D[r] Morel-Lavallée.

Le salol est bien supporté par les voies digestives, il n'en est plus de même en applications sur la peau. Il est probable que sur la peau le salol subit une action particulière sous l'influence de la graisse, des sécrétions sébacées.

Avec l'axonge, il se produit chez certains sujets arthritiques et eczémateux, au bout de deux à trois jours d'applications, un érythème eczémateux analogue à l'érysipèle. J'explique cette action nocive par un dédoublement chimique sous l'action de la graisse, il doit se faire du phénol et de l'acide salicylique.

Discussion.

D[r] Lubet-Barbon. Il y a deux ans, ayant conseillé d'appliquer de la vaseline salolée sur une plaie du nez, j'appris au bout de trois à quatre jours d'application que la guérison ne s'effectuait pas, mais qu'au contraire la plaie avait pris l'apparence d'un vésicatoire. Je dis d'abord de mettre davantage de pommade ; mais bientôt je m'aperçus de mon erreur, et ayant fait cesser le remède tout disparut. Un fait analogue survint dans un cas d'otite consécutive à l'influenza. On crut à un érysipèle de l'oreille étendu au cou, à l'épaule. Le salol supprimé, la guérison survint.

Il vaut donc mieux employer la créoline, le talc. On a du reste tendance à abuser des antiseptiques. Quant au mode de production de ces érythèmes, j'admets l'explication de M. Cartaz.

Dr Hermet. J'ai eu une de mes malades atteinte de syphilis, et qui présentait une plaque muqueuse près de la trompe, chez laquelle ayant prescrit trois fois par jour des injections avec 3 cuillerées à bouche par litre du mélange suivant :

Alcool.........	100 grammes.
Salol..........	4 —

je vis survenir au bout de trois injections une éruption salolée. Je n'ai pas incriminé le salol, mais la diathèse eczémateuse de ma malade. Chez moi, du reste, il existe une idyosyncrasie spéciale pour la morphine; une pilule de 0gr,02 1/2 me cause un véritable empoisonnement. Il y a eu chez ma malade un fait analogue. Fournier, chez un de ses malades, vit la salivation mercurielle survenir après absorption d'une seule pilule mercurielle, — chez un autre après un lavage au sublimé au 1/1000.

Dr Ruault. J'employai régulièrement la vaseline salolée à 1/30 chez mes ozéneux. Ayant eu huit à dix cas d'érythème, j'ai cessé.

Un jour, ayant insufflé à un confrère de la poudre de salol dans le pharynx, il s'est produit une éruption analogue à l'érysipèle, et la face du malade ressemblait à celle d'un varioleux. Aussi maintenant j'emploie l'aristol.

Dr Boucheron. Il n'est pas surprenant que le salol, qui est un salicylate de phénol, donne des éruptions. Pour ma part, je l'ai donné très fréquemment à l'intérieur sans jamais avoir d'accidents.

Dr Cartaz. Ces éruptions ont toujours lieu chez les arthritiques renforcés.

Dr Gouguenheim. La question est intéressante. J'ai plus employé le salol à l'intérieur qu'en pansements externes. Je le donne fréquemment dans les angines à la dose de 4 grammes et je n'ai jamais eu d'accidents.

Dr Gellé. J'ai eu des accidents avec le naphtol chez des sujets à peau fine, délicate, dans des cas d'abcès de l'oreille consécutifs à l'influenza. J'ai employé depuis le salol camphré, qui m'avait paru être moins irritant; je n'ai pas eu d'accidents.

Dr Moura. J'ai vu des accidents d'érythème après injections iodées dans les fosses nasales.

Etude expérimentale et physiologique sur les propriétés anesthésiques de l'antipyrine, par le Dr Saint-Hilaire. — L'auteur emploie comme anesthésique une solution d'antipyrine à 30 grammes pour 10. Il fait la démonstration de cette anesthésie sur la conjonctive oculaire d'un lapin, auquel il injecte, à l'aide

d'une pipette, quelques gouttes de la solution à 3/10. Il conclut de ses recherches que l'antipyrine est un anesthésique excellent, en même temps qu'un antiseptique. Son action est plus longue que celle de la cocaïne, il l'a vue durer jusqu'à une heure après l'injection. Des expériences de G. Sée et Gley ont en outre montré que l'antipyrine en solution au dixième était supérieure comme valeur antiseptique à la liqueur de van Swieten.

L'auteur pense qu'il serait peut-être utile d'appliquer l'antipyrine dans les cas d'ulcération de l'épiglotte et du larynx : on aurait à la fois anesthésie durable et complète et bonne antisepsie.

Discussion.

Dr Ruault. J'ai essayé cliniquement avec Germain Sée, Capitan et Henocque le pouvoir vaso-constricteur de l'antipyrine.

J'ai expérimenté sur le nez en employant le galvano-cautère après anesthésies par l'antipyrine au 1/3. — Le résultat de ces expériences m'a prouvé que l'antipyrine valait moins comme anesthésique et vaso-constricteur que la cocaïne. Je dois ajouter, comme me l'a dit M. Yvon, que toutes les solutions concentrées sont anesthésiques. En résumé, au point de vue clinique, la cocaïne vaut encore mieux que l'antipyrine.

Dr Gouguenheim. Cette étude sur l'antipyrine est-elle faite par pure curiosité physiologique ou bien a-t-elle été entreprise pour éclairer la thérapeutique? Puisque, au point de vue thérapeutique, la cocaïne est un anesthésique admirable, pourquoi vouloir lui substituer un anesthésique dont les propriétés sont désagréables, qui est irritant, tandis que la cocaïne ne donne pas d'irritation.

En dehors de l'intérêt physiologique, je ne vois pas trop quels bénéfices on peut en tirer au point de vue thérapeutique.

Dr Gellé. M. Saint-Hilaire a appliqué son anesthésique sur le larynx et l'épiglotte. Je l'ai expérimenté sur moi-même, sur la muqueuse du nez, j'ai eu absolument la sensation d'un paquet de poivre. Si on l'employait chez les malades, n'auraient-ils pas trop d'irritation?

Dr Saint-Hilaire. La douleur est vive en effet pendant une ou deux minutes. Mais n'en est-il pas de même pour tous les anesthésiques. L'antipyrine a l'avantage de donner une anesthésie de près de deux heures. Et cela est quelque chose que sou-

lager un tuberculeux qui a de larges ulcérations sur l'épiglotte et lui permettre de manger. Deux applications par jour seraient seulement nécessaires. Du reste ne peut-on pas ajouter de la cocaïne?

Dr RUAULT. La cocaïne anesthésie plus largement, et cela est utile quand on opère.

Dr GOUGUENHEIM. M. Saint-Hilaire dit que l'anesthésie se prolonge, je crois que le menthol est encore plus remarquable comme action anesthésiante prolongée.

Perforation de la cloison nasale dans la fièvre typhoïde, par le Dr GELLÉ. — L'auteur rappelle les conditions générales et locales qui prédisposent à la genèse de ces altérations : abaissement extrême des forces de nutrition et des forces nerveuses. Il fait la part des causes occasionnelles dans cette étiologie et montre leur importance bien appréciée par les auteurs.

Dans le fait qu'il expose, c'est à la suite d'épistaxis persistantes, entretenues évidemment par les grattages et les coups d'ongle du jeune malade, que l'affection ulcéreuse s'est déclarée. Il convient cependant de faire une grande part à l'état de dénutrition générale et à l'amincissement remarquable du septum dans la portion cartilagineuse, lié à l'amaigrissement rapide du sujet. La production de la perforation résulte de ces traumatismes répétés sur le même point, sur un tissu que la fièvre prolongée avait rendu aussi mince et translucide qu'une pellicule d'œuf ou une fine lamelle de verre à préparations histologiques. La perforation constituée s'est rapidement agrandie sous ces influences associées. Il n'y eut aucune altération de forme du nez, ainsi qu'il arrive le plus souvent en pareil cas.

Maintenant, après la guérison du sujet, les bords sont opaques, épais, arrondis ; la perforation est de même étendue ; il n'y a eu aucun effort cicatriciel réparateur de la perte de substance.

Cette lésion ulcéreuse a été le point de départ d'une infection secondaire qu'on prit tout d'abord pour une rechute de la fièvre, mais qui se termina assez rapidement par la formation d'une collection purulente énorme dans la gaine du psoas-iliaque, laquelle fut ouverte par le Dr Legroux.

On sait toute l'importance attachée à la constatation des perforations de la cloison nasale, dans l'hérédo-syphilis, entre autres. Il était intéressant de signaler ce cas de perforation que j'ai vu se produire au cours d'une fièvre grave chez un adolescent de 16 ans.

Surdité consécutive aux oreillons, par le Dr Gellé. — Il s'agit d'une enfant chétive, épuisée longtemps par une diarrhée débilitante, qui eut déjà de ce fait un affaiblissement passager de l'audition.

Cette enfant guérie et très améliorée, à l'âge de 8 ans, fut prise des oreillons. Cette affection évolua comme d'ordinaire, fut bilatérale, sans causer de réaction sérieuse, ni même de grandes douleurs. Quelque temps après on constata la perte totale de l'ouïe du côté gauche. Or, cette surdité n'a pu être en rien modifiée depuis. L'oreille droite est restée excellente et n'a pas souffert. L'exploration de l'organe permet de constater une intégrité presque complète de l'appareil de réception et de conduction des sons; les mouvements de la cloison tympanique sont normaux. Avec le spéculum de Siegle, on observe des oscillations suffisantes du manche du marteau et du tympan à gauche. L'aération se fait facilement avec le Valsalva et le Politzer sans produire aucune amélioration de l'ouïe. Les pressions centripètes abaissent à volonté le son du diapason vertex, les mouvements synergiques de l'oreille saine, quand on fait les pressions sur l'oreille sourde, sont précis et normaux, les réflexes sont donc intacts. On peut donc conclure de cette observation que le siège de l'altération consécutive aux oreillons est le labyrinthe, et que la surdité est absolument nerveuse.

Discussion sur la première communication du Dr Gellé.

Dr Ruault. Les faits de perforation sans syphilis sont connus. On a pu en voir la genèse : il y a une érosion, des saignements de nez, ; puis peu à peu, par irritation, il se fait une perforation. J'ai vu à ma clinique des sourds-muets un malade qui saigna du nez de 1867 à 1883 ; il avait 43 ans. Rien ne put le débarrasser de ses saignements. Je le revis en 1883 ; les épistaxis avaient cessé, mais il avait une perforation.

Dr Gouguenheim. L'observation du Dr Gellé présente un haut intérêt.

Autrefois, qui disait perforation disait syphilis. J'ai vu des faits analogues à celui rapporté par M. Gellé. Ces perforations ont lieu dans des points d'une minceur extrême; elles sont précédées d'hémorrhagies ; s'il y a inflammation, le tissu étant d'une minceur extrême, il y a perforation. Ces cas ne sont pas communs; je n'en ai vu que fort peu qui ne fussent pas syphilitiques; c'est pourquoi le cas de M. Gellé est très intéressant :

il attire l'attention sur les perforations qui ne dépendent ni de la tuberculose, ni de la syphilis.

Dr Hermet. Je signalerai une autre cause de perforation, sur laquelle le Dr Vidal, à Saint-Louis, a attiré mon attention. Il s'agit des lépreux qui présentent dans le nez des tubercules à toutes les périodes de leur développement. A la période d'ulcération de ces tubercules, il y a toujours ulcération de la cloison. Ces lésions sont très rares en France.

Dr Ruault. Cartaz et Wagnier ont vu de ces ulcérations.

Dr Hermet. Elles sont la règle, il semble qu'il n'y ait que des croûtes, mais sous ces croûtes il y a des perforations.

Dr Gouguenheim. Ce qui est intéressant, c'est l'existence d'une inflammation, indépendante de la syphilis et de la tuberculose.

Dr Ménière. Le siège de ces perforations est-il toujours au même point ?

Dr Gouguenheim. Oui.

Dr Ruault. Toujours au point d'élection de l'épistaxis.

Observations pour servir à l'étude des sténoses laryngées neuropathiques, par le Dr Ruault. — M. Ruault communique l'observation d'un homme de 37 ans, tabétique, atteint du syndrome de paralysie double et complète des crico-aryténoïdiens postérieurs, auquel M. Ch. Monod a pratiqué, sur la demande de M. Ruault, la résection d'un centimètre et demi du nerf récurrent gauche, au-dessous de l'artère thyroïdienne inférieure, en suivant à peu de chose près le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe. Le nerf réséqué a été examiné par le Dr Gombault, qui l'a trouvé malade.

MM. Ruault et Monod espéraient créer, par cette opération, une hémiplégie laryngée qui eût permis à la corde vocale du côté opéré de s'écarter de la ligne médiane pour prendre la position cadavérique, de façon à laisser un espace suffisant au passage du courant d'air respiratoire. Or, il n'en fut rien, l'image laryngée ne varia pas et l'opéré ne retira aucun bénéfice de l'intervention.

Un mois après, il n'y avait encore aucun changement, et pas trace d'atrophie musculaire. Le malade, après avoir été trachéotomisé, n'avait pas voulu conserver sa canule ; il fut repris bientôt de crises dyspnéiques, rentra à l'hôpital où il fut trachéotomisé de nouveau, mais sans que l'ouverture de la trachée permît à la respiration de se rétablir et l'empêchât de succomber.

L'autopsie montra que le larynx était en apparence sain, sans

ankylose ni rétrécissement, et que les muscles avaient leur volume normal. Malheureusement le nerf seul fut examiné au microscope.

Tout incomplète qu'elle est, cette opération peut néanmoins servir à montrer que, chez certains sujets au moins, l'innervation du larynx ne se fait pas seulement comme l'indiquent les classiques. Elle justifie les opinions émises par quelques auteurs contemporains, entre autres Exner, qui pensent que le laryngé supérieur contribue à innerver les muscles recevant aussi des filets récurrentiels. Si le malade de M. Ruault eût vécu, il y aurait eu lieu de tenter la résection de la branche motrice du laryngé supérieur, et on eût peut-être obtenu de cette façon l'hémiplégie qu'on n'avait pu réaliser en réséquant le laryngé inférieur seul.

Discussion.

Dr Gouguenheim. A-t-on examiné les muscles ?

Dr Ruault. Non, pas au point de vue microscopique.

Dr Gouguenheim. Un examen n'est jamais complet tant que les muscles n'ont pas été vus histologiquement. J'ai fait des études avec Tissier sur l'état des muscles. Ces examens nous ont donné quelques résultats. Ce qui est intéressant dans l'observation de M. Ruault, c'est que la section des récurrents a été négative.

Dr Moura. On peut voir le muscle aryténoïdien postérieur atteint de dégénérescence graisseuse sans que les autres aient la moindre lésion.

Dr Ruault. On n'a pu examiner les muscles, ils avaient été mis dans le chloral. Supposez la paralysie de l'aryténoïdien postérieur, il doit y avoir défaut de tension, manque de symétrie. Cela ne s'est pas présenté. La paralysie laryngée est rare, le Dr Moure en a cité un cas. La paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, d'origine musculaire, n'est pas tabétique, mais diphtéritique. La paralysie d'un tabétique à crises laryngées est habituellement d'origine centrale ou nerveuse périphérique. Le nerf récurrent peut être malade sans causer d'hémiplégie laryngée.

Dr Moura. C'est qu'il y a, pour expliquer ce manque de paralysie, la communication entre les deux nerfs laryngés.

Dr Cartaz. La paralysie des crico-aryténoïdiens se voit dans l'anévrisme de l'aorte, c'est alors de la paralysie et non de la contracture.

Dr Ruault. J'ai envoyé à M. Gérard Marchant un épithélioma de l'œsophage avec paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs. Il y a eu suffocation, trachéotomie; actuellement le malade mange bien.

Dr Cartaz. Dans une observation publiée, un anévrisme de l'aorte comprimait le tronc brachio-céphalique et déterminait une infiltration du tissu cellulaire. Il existe un cas de Schnitzler où il eut de la paralysie double des adducteurs.

Corps étranger du larynx; trachéotomie; extraction par la voie endo-laryngienne. — Le Dr Gouguenheim présente une pièce dentaire, extraite du larynx après quinze jours de siège, au moyen de la pince de Fauvel. La malade, femme de 39 ans, avait, pendant le cours d'une attaque d'épilepsie, avalé une petite pièce dentaire qui s'était fixée dans la région sus-glottique, où elle s'était accrochée par ses angles en quelques endroits de la muqueuse.

La malade était aphone depuis le moment de cet accident et elle avait une dyspnée-laryngienne de plus en plus intense. On dut, à son arrivée à l'hôpital, lui faire la trachéotomie et, huit jours après, le corps étranger que je mentionne fut extrait sans difficulté ni accidents par le Dr Gouguenheim.

Discussion.

Dr Moura. Vous avez dit que ce corps était blanc.

Dr Gouguenheim. Il était normalement rouge, mais rendu blanc par les mucosités. La voix de la malade n'est pas revenue; les cordes vocales sont altérées au niveau de la commissure antérieure. J'ai enlevé de ce larynx quelques végétations blanchâtres que l'examen microscopique a reconnu être des myxomes.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

(COMPTE RENDU PAR KRAKAUER)

(Séance du 29 mai 1891)

(*Présidence de* B. FRAENKEL)

CHOLEWA présente une *sonde munie d'un anneau* à laquelle on peut facilement souder de l'acide trichloracétique.

HERZFELD montre un *rhinolithe*, qui se trouvait dans le méat nasal moyen d'une femme de 30 ans, qui depuis son enfance souffrait d'une obstruction nasale et d'un écoulement purulent. Le rhinolithe s'était formé à la suite de l'incrustation d'un corps étranger et était entouré d'aspérités qni avaient produit des granulations. Le septum nasal était à peu près normal, les cornets atrophiés, le palais voûté d'une façon anormale.

B. FRAENKEL présente une *tumeur naso-pharyngienne* de 8 centimètres de long, 4 centimètres de large et 3 centimètres d'épaisseur. Elle s'étendait depuis la partie fibro-cartilagineuse et avait pénétré dans le naso-pharynx et dans le nez.

Usage thérapeutique de la pyoctanine dans les cavités voisines du nez.

CHOLEWA a observé de bons résultats du traitement par la pyoctanine en particulier dans les affections des sinus frontaux; au contraire dans les affections du nez et de l'antre d'Highmore il n'en a retiré aucun profit. Dans les suppurations des os et les granulations il n'a eu de succès que lorsqu'il a pu frictionner directement. Pour l'otorrhée chronique, dans la plupart des cas il y a eu insuccès; mais le remède agit bien dans les suppurations osseuses du méat auditif externe et de l'apophyse mastoïde quand il était appliqué avec la sonde.

Discussion.

E. MEYER a vu deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore dans lesquels l'iode et l'aristol avaient échoué, où la sécrétion disparut en huit jours par l'emploi de la pyoctanine.

Flatau croit que la thérapeutique la plus efficace consiste dans le curettement des granulations. On devrait pour cela ouvrir largement la cavité, afin qu'elle puisse être méthodiquement nettoyée. Il n'a eu aucun succès avec la pyoctanine seule.

Herzfeld n'est pas d'avis d'employer la pyoctanine. Il a vu à la suite du raclage superficiel de la plaie par la galvanocaustie des cornets se produire une angine folliculaire. Il est d'avis que le sondage du sinus frontal ne réussit pas la plupart du temps, excepté quand celui-ci est carié.

Cholewa est de l'avis opposé et laisse séjourner la sonde munie de pyoctanine peu de temps dans la cavité frontale.

Un cas de paralysie des récurrents chez un tuberculeux.

Landgraf. Il s'agit d'un homme de 20 ans, porteur d'une affection des sommets gauches et traité prudemment par la tuberculine. Après 14 injections, la raucité apparut. Au côté droit du cartilage cricoïde on voyait une voussure. Matité sous le sternum jusqu'à l'insertion du troisième cartilage costal, qui s'étendait latéralement vers l'épaule gauche. Subitement le malade fut atteint d'une paralysie des dilatateurs, huit jours après d'une paralysie complète des récurrents; puis il mourut. A l'autopsie on vit que l'arycricoïdien gauche était plus pâle que le droit, ses fibres fortement dégénérées. Pas de glandes lymphatiques tuberculeuses dans le médiastin. Le lobe gauche supérieur du poumon était fortement ratatiné. La matité existante avait été amenée par la percussion des vaisseaux. Au microscope le récurrent paraissait fortement dégénéré. Audessous de l'arc aortique une glande légèrement tuméfiée, non encaissée.

Landgraf croit que la dégénérescence du nerf récurrent était la suite d'une inflammation primitive du névrilème.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux médicaments introduits dans la pratique auriculaire, par Szenes. (*Therap. Monatshefte,* nos 10, 11 et 12, octobre, novembre et décembre 1890.)

En tenant compte des travaux parus sur quelques nouveaux médicaments et en se basant sur ses expériences personnelles, Szenes fait une revue critique sur leur valeur thérapeutique.

Le *menthol,* préconisé par Cholewa dans la furonculose du conduit auditif, est d'un emploi très commode parce qu'on n'a qu'à changer tous les jours le tampon d'ouate imbibé d'une solution de menthol dans l'huile (1.5); mais les résultats de ce traitement, d'après les expériences qu'il a faites avec Anton à la clinique otiatrique de Prague, ne sont pas aussi certains que le dit Cholewa.

Le menthol n'enraye pas toujours la formation de nouveaux furoncles, et 3 fois sur 9 il occasionnait dans l'oreille une sensation de brûlure tellement violente qu'il fallait abandonner ce traitement.

L'*aluminium acético-tartaricum* employé en solution de 20 0/0 en instillations dans l'oreille toutes les trois heures lui a donné des résultats satisfaisants dans 4 cas de furonculose du conduit.

Les instillations *de sublimé* (sublimé 0,05, eau 30 et glycérine 20) recommandées par Kirchner dans la furonculose du conduit ont également une action favorable.

L'*acétate d'aluminium* (1,4) préconisé comme antifuronculeux par Grosch calme, d'après les expériences de Szenes, la douleur, mais n'exerce aucune influence sur l'affection elle-même ; cependant ce médicament, instillé toutes les deux ou trois heures, se montrait très efficace dans les otites externes diffuses consécutives à une otite moyenne suppurée.

La *glycérine phéniquée* en solution de 10 à 20 0/0 recommandée d'abord par Porten, puis par Bendelack-Hewetson, Hartmann, Rohrer et Morpurgo au début d'une otite aiguë, lui a donné de bons résultats dans 13 cas sur 16. Chez les trois autres malades, la suppuration survenait malgré l'emploi de ce

médicament. Il faut que le tympan soit intact pour pouvoir supporter l'acide phénique à ce degré de concentration.

La *créoline* introduite en otologie par Urbantschitsch et Eitelberg ne serait pas, d'après les essais qu'on en a fait à la clinique de Schwartze, d'un usage commode et satisfaisant en otologie.

Kretschmann, tout en reconnaissant certains inconvénients de ce médicament, ne voudrait pas le bannir complètement parce qu'il est efficace dans certains cas de suppuration et qu'il peut être laissé entre les mains du malade sans crainte d'intoxication.

Szenes cite encore les opinions de Burkner et de Purjecz et le travail du rapporteur qu'il ne connaît que d'après une analyse. Aussi oublie-t-il de mentionner l'emploi favorable de la créoline comme « désodorisant » dans toutes les suppurations fétides de l'oreille.

L'*iodol* recommandé par Stetter et apprécié par Purjecz, par Koll et par Rohrer n'est pas si bien supporté par les malades que l'acide borique et n'a pas donné un bon résultat à Szenes.

Il en est de même du *salicylate de bismuth* dont Delie a parlé au Congrès international de Paris et que Szenes a essayé sans succès dans 8 cas.

L'*aristol* vanté par Rohrer ne lui a pas donné d'aussi bons résultats. Ce médicament, employé en poudre, a l'inconvénient de cacher ce qui se passe au fond de l'oreille et il peut occasionner de la rétention du pus. Dans deux cas, Szenes a vu se produire, par suite du traitement par l'aristol, des symptômes de périostite. La poudre d'aristol étant très légère entre plus facilement dans les yeux ou dans les bronches du médecin. Cependant Szenes avoue que, dans un cas d'otite suppurée avec formation de granulation, ces dernières, sous l'influence de l'aristol, avaient complètement disparu. Il en a aussi observé les effets favorables dans un cas d'otite externe diffuse.

Pour ce qui est de l'*acide borique*, il donne l'historique de ce médicament que Bezold a introduit dans l'otiatrie. Il cite les auteurs qui ont parlé en sa faveur et ceux qui, comme Schwartze et Stacke, déconseillent son emploi à cause de la rétention du pus qu'il peut occasionner.

L'*acide lactique* que Lange emploie en solution de 15 0/0 et dont Aysaguer loue aussi les bons effets ne lui paraît pas aussi recommandable parce qu'il est très corrosif même en solution

faible et parce qu'il attaque aussi l'épiderme sain du conduit externe.

La *cocaïne* que Kiesselbach injecte en solution de 4 à 10 0/0 dans la trompe à travers la sonde pour combattre les bourdonnements ne lui a pas donné de résultat dans 14 cas de bourdonnements pour lesquels les moyens habituels étaient aussi restés inefficaces. De plus, il faut craindre des intoxications qui, parfois, surviennent avec une dose très faible (voir les cas de Suarez de Mendoza, de Baumgarten et de Schwabach).

Finalement, Szenes parle du *massage* qu'il a vu employer avec succès à la clinique de Zaufal et qu'il a pratiqué lui-même dans 16 cas d'otite aiguë de sa pratique. Le massage agirait comme calmant dans les otalgies qui avaient persisté après des inflammations aiguës de la caisse et comme résorbant dans les exsudations de la caisse. LICHTWITZ.

Ankylose osseuse de l'étrier. — Otite moyenne sèche, par L. KATZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 1890.)

L'auteur donne la description de plusieurs préparations microscopiques provenant d'une femme âgée de 39 ans qu'il avait eu l'occasion d'examiner un mois avant sa mort. Il s'agit d'un cas de surdité progressive avec bruits subjectifs continuels. Vu l'absence des lésions du tympan et l'examen fonctionnel de l'ouïe (Rinne négatif), on avait diagnostiqué une otite moyenne sèche avec ankylose probable de l'étrier.

Ce diagnostic se trouvait confirmé par l'examen microscopique de l'étrier des deux oreilles. La base de l'étrier est quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal et forme avec l'os voisin de la fenêtre ovale et avec le ligament annulaire une seule masse dans laquelle on ne trouve que quelques traces de l'ancienne articulation. Cette masse contient une substance ostéoïde et en dedans et en dehors de l'étrier se trouve un épaississement du périoste. Katz croit que l'inflammation primitive se montre dans les cas de ce genre d'abord dans le ligament annulaire et que ce n'est que plus tard qu'elle atteint le cartilage et l'os. Les autres parties de l'organe de l'ouïe étaient normales, notamment les autres articulations des osselets, les muscles et l'organe de Corti. L'affection était semblable des deux côtés. LICHTWITZ.

Etiologie des suppurations d'oreilles consécutives à la douche nasale, par le prof. GUYE, d'Amsterdam. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1891.)

M. Guye rapporte deux cas et attribue ces suppurations à deux causes : la première est l'imperméabilité relative des fosses nasales qui se rencontre surtout chez les enfants, d'où l'indication chez eux de verser seulement le liquide dans les fosses nasales sans se servir de la seringue. La deuxième est l'emploi d'un bout nasal obstruant complètement l'entrée de la narine. Il en résulte que le liquide s'élève dans les fosses nasales et le cavum pharyngien jusqu'à une certaine hauteur : si à ce moment la trompe s'ouvre pour une cause quelconque (déglutition) le liquide pénètre facilement dans la caisse. M. LS.

Appareil d'éclairage électrique pour l'oreille, le nez, la cavité naso-pharyngienne, etc., par TRAUTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, 1890.)

L'appareil dont on peut étudier la description et le dessin dans l'article original permettrait un éclairage des plus satisfaisants des cavités profondes. Il a l'avantage de permettre à plusieurs observateurs à la fois de voir l'image.

Trautmann se servait d'abord comme source électrique d'une batterie de 24 grands éléments de Leclanché qu'il avait fait modifier et plus tard il employait des accumulateurs qu'il alimentait par un dynamo d'un demi-cheval. L. L.

Des papillomes des voies aériennes supérieures, par A. THOST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, 1890.)

L'auteur traite d'abord des causes qui contribuent au développement des papillomes. Ce sont avant tout les catarrhes avec leurs sécrétions purulentes et visqueuses qui irritent la muqueuse et qui engendrent la prolifération de cette dernière. Il est possible que des blessures et des irritations mécaniques puissent donner aussi naissance à la prolifération mais certainement d'une manière moins fréquente que les sécrétions qui s'accumulent dans les anfractuosités de la muqueuse. Outre ces causes externes, il faut aussi citer les causes qui proviennent des tumeurs siégeant au-dessous de la muqueuse et qui provoquent une prolifération diffuse ou circonscrite.

Enfin, on doit principalement incriminer l'irritation qui frappe la muqueuse des voies aériennes supérieures pendant la crois-

sance et la période des altérations séniles. C'est pour cela qu'on voit souvent des néoplasmes à l'âge du développement et pendant la métamorphose régressive.

Thost rapporte à ce sujet les observations de deux jeunes filles atteintes de papillomes récidivant du larynx chez lesquelles la tendance à la récidive cessait subitement à l'époque de la puberté. D'après son expérience personnelle, les papillomes multiples du larynx sont dus à des catarrhes purulents chroniques des fosses nasales.

Quant aux lieux de prédilection des papillomes dans le tractus respiratoire supérieur, les papillomes se trouvent sur les parties où la muqueuse étant plus dense rappelle par sa structure celle de la peau, par exemple, à l'entrée des fosses nasales, au pourtour des lèvres.

Dans le nez même, les véritables papillomes sont rares. Il y existe aussi des tumeurs qui montrent des proliférations épithéliales très prononcées faisant penser à un carcinome; mais leur marche clinique prouve leur bénignité.

L'auteur n'a pas vu de papillomes dans le pharynx nasal, mais il en a observé sur la surface buccale du voile du palais, principalement sur la luette.

Pour ce qui concerne les papillomes du larynx, ils sont inoffensifs chez l'enfant et rétrogradent souvent spontanément au moment de la puberté. Chez l'adulte, on en trouve de deux sortes : les papillomes mous et benins qui occupent surtout les cordes vocales et les replis ary-épiglottiques et les papillomes verruqueux qu'on rencontre à un âge avancé et dont la récidive est fréquente. On a cru que ces derniers pouvaient se transformer en tumeurs malignes. Thost se prononce formellement contre cette transformation qui, d'après lui, n'existerait pas. Dans le larynx, dit-il, la prolifération du corps papillaire peut accompagner tous les processus pathologiques, qu'il s'agisse d'un simple catarrhe chronique ou d'un carcinome. C'est ainsi qu'on trouve dans la laryngite chronique des épaississements et des proliférations papillomateuses que Virchow a décrits sous le nom de « pachydermie » et qu'on trouve déjà décrits et dessinés dans l'anatomie du larynx de Luschka, livre que B. Fraenkel appelle la bible des laryngologistes. On les trouve dans la tuberculose, la syphilis, la lèpre, le lupus, et ils accompagnent également les fibromes et les carcinomes du larynx et ne sont chez ces derniers que les coulisses derrière lesquelles se prépare le véritable drame.

LICHTWITZ.

Carcinome du larynx, par M. Schaeffer. (*Deutsche med. Woch.*, nº 28, 1890.)

Ce travail contient l'observation détaillée d'un malade atteint de carcinome de la moitié gauche du larynx, qui a été observé par l'auteur depuis juin 1885 jusqu'en juin 1890, dans tous les stades de l'affection.

Le cas est intéressant par le développement lent de la tumeur qui pendant assez longtemps avait fait écarter toute idée de tumeur maligne.

Ce n'est qu'en novembre 1888 que le malade subit la laryngectomie partielle (faite par Hahn, de Berlin).

Malgré l'excision complète de la tumeur, cette dernière récidiva un an après, et en juin 1890 la trachéotomie profonde devint urgente. L. L.

Œdème du larynx à la suite de l'emploi d'iodure de potassium, par A. Rosenberg. (*Deutsche med. Woch.*, nº 37, 11 septembre 1890.)

Il s'agit d'un cas d'œdème sous-glottique survenu après l'ingestion de deux cuillerées d'une solution de 2 1/2 0/0 d'iodure de potassium, prises une à midi et une le soir.

L'auteur joint à ce cas des réflexions sur l'iodisme et mentionne le fait connu que les intoxications iodées apparaissent presque exclusivement après des doses faibles. LICHTWITZ.

Abcès formés à la suite d'une inflammation du larynx due à l'influenza, par M. Schaeffer. (*Deutsche med. Wochenschrift*, nº 10, 1890.)

Huit jours après l'influenza le malade fut pris d'une laryngite aiguë qui nécessita la trachéotomie et au cours de laquelle apparurent de petits abcès dans la région des aryténoïdes.

L'auteur a employé avec succès dans l'influenza le benzoate de soude : 15 à 20 grammes sur 200 grammes d'eau, une cuillerée à bouche toutes les 2 à 3 heures. LICHTWITZ.

Du curettage du larynx par la méthode de Heryng, par M. Schaeffer. (*Therapeut. Monatshefte*, nº 10, octobre 1890.)

L'auteur n'a traité qu'un nombre très restreint de cas de phthisie laryngée par la méthode de Koch. Il ne l'emploie que :

1° dans les cas de sténose laryngée due à des proliférations ; 2° chez les malades qui ne guérissent pas par le traitement seul de l'acide lactique, et 3° chez les malades offrant une résistance physique suffisamment grande et assez de bonne volonté pour supporter le curettage. Dans les cas d'ulcérations tuberculeuses simples il se contente d'appliquer le traitement à l'acide lactique, et il en a guéri la plus grande partie.

Le curettage est, d'après lui, préférable aux autres méthodes de destruction des granulations tuberculeuses, bien que le galvano-cautère m'ait donné aussi de bons résultats. Le curettage permet d'appliquer l'acide lactique sur des surfaces lisses et dépourvues de la plupart des granulations.

Le curettage est une opération qui exige beaucoup d'habileté de la part du laryngologiste, malgré la cocaïne et bien que les instruments soient perfectionnés. Pour Schaeffer, il est beaucoup plus facile d'extirper un polype du larynx que d'enlever complètement par le curettage un bourrelet de granulations tuberculeuses qui s'étend au-dessous de la fente interaryténoïdienne.

L'auteur rapporte six cas de phthisie laryngée traités par le curettage. Chez quatre de ces malades il a réussi à guérir l'affection laryngée, et les malades qui ont été soignés en 1888 sont encore vivants et capables de travailler. Les deux autres malades, bien que débarrassés par le curettage de leur sténose laryngée, ont succombé à l'affection générale. LICHTWITZ.

Méthode pour éviter le spasme de la glotte dû à des opérations endolaryngées, par R. KAYSER. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 10, octobre 1890.)

La méthode recommandée consiste à produire une apnée artificielle pendant laquelle la sensibilité réflexe est diminuée.

Cette apnée est facilement obtenue si on commande au malade de faire rapidement six à dix inspirations profondes. Il s'ensuit un arrêt de respiration qui peut être facilement prolongé d'une demie à une minute.

L'attouchement de la muqueuse laryngée fait pendant l'apnée ne provoque pas de dyspnée avec spasme glottique.

La méthode de Kayser est préférable à celles qui ont été préconisées jusqu'à présent, parce que ces dernières ne sont applicables que lorsque le spasme est déjà provoqué, c'est-à-dire à un moment où le malade entend à peine ce qu'on lui dit. LICHTWITZ.

Extraction d'une aiguille de la trachée par les voies naturelles, par F. HINRICHS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, 11 septembre 1890.)

Le malade avait *avalé* une aiguille enfilée. Le fil reparaissait après plusieurs efforts de toux et de vomissements, mais l'aiguille restait au fond, malgré de fortes tractions exercées sur elle à l'aide du fil.

A l'examen laryngoscopique on découvrait l'aiguille logée à l'entrée de la bronche gauche, dans la direction frontale, un de ses bouts enfoncé dans le sommet de la bifurcation, et l'autre plus haut, appuyé contre la paroi trachéale gauche.

Après plusieurs tentatives d'extraction, le Dr Schorler réussit le second jour à détacher à l'aide d'une longue sonde laryngée recourbée à son extrémité en forme de crochet le bout de l'aiguille qui était appuyé contre la paroi trachéale gauche et qui portait le chas, et à extraire l'aiguille en la tirant par le fil. La trachéotomie a pu être évitée. LICHTWITZ.

Un cas d'idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement, par JÜRGENSMEYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, 1890.)

Ce cas ressemble à celui de Lange (rapporté dans les *Annales*, 1890, p. 349). Immédiatement après l'insufflation de poudre de tanin dans le larynx et un badigeonnage d'une solution au 1/10 dans le pharynx, il survint du gonflement et de la rougeur de ces parties et le malade fut pris en même temps de troubles de la déglutition et d'une dyspnée légère.

En renouvelant l'application du tanin les mêmes phénomènes se reproduisirent.

Le malade n'éprouvait pas de démangeaisons à la peau comme dans le cas de Lange où avait apparu de l'urticaire.

A l'encontre de cet auteur, Jürgensmeyer ne croit pas à une intoxication générale, mais à une idiosyncrasie locale, car les phénomènes locaux disparurent vite par l'application de la cocaïne. L. L.

Contribution à l'étude du mutisme hystérique, par G. LEUCH. (*Münch. med. Woch.*, n° 12, 1890.)

L'auteur rappelle la description du mutisme hystérique telle qu'elle a été donnée par Charcot, Cartaz et Gilles de la Tourette, et rapporte trois observations prises à la clinique du professeur Eichhorst. Il étudie à l'appui de ces cas jusqu'à quel point ils

présentent les caractères décrits par Charcot. Il trouve que le mutisme hystérique peut apparaître comme une endémie, que l'anesthésie du pharynx et la mobilité de la langue ne sont pas toujours aussi prononcées qu'on le disait, et que l'affection est d'origine psychique. L. L.

Le massage dans le traitement du catarrhe aigu du larynx, par T. Cramer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, 1890.)

L'auteur rappelle les observations de laryngite aiguë rapportées par Béla Weiss en 1880 et par E. Freund en 1882, dans lesquelles le massage avait donné un bon résultat, et il communique deux observations analogues. Il veut que le massage soit employé en même temps que la médication habituelle.

Les symptômes qui accompagnent les inflammations de l'arrière-gorge et du larynx seraient considérablement améliorés par le massage méthodique. L. L.

Miroir attaché au miroir frontal et servant pour la démonstration de l'image laryngoscopique, rhinoscopique et otoscopique et pour l'autolaryngoscopie, par Noltenius. (*Therap. Monatshefte,* n° 2, 1890.)

C'est un petit miroir plan qui peut être appliqué ou enlevé à volonté au miroir frontal, et qui permet à un observateur se trouvant derrière le malade ou au malade lui-même de voir l'image laryngée en même temps qu'au médecin.

L'idée de cette méthode de démonstration appartient à Pepmüller, qui l'avait indiquée en 1876 pour la démonstration du fond de l'œil. Cette idée, bien que recommandée par Graefe, tomba dans l'oubli jusqu'à ce que Noltenius, sur une indication qui lui avait été donnée par le Dr Joël, l'appliquât à la laryngologie et à l'otologie.

L'inclinaison du miroir varie selon que l'on examine avec l'œil droit ou avec l'œil gauche, et selon que la lumière se trouve à droite ou à gauche du malade.

Le rapporteur a lui-même expérimenté ce miroir et peut confirmer les assertions de l'auteur. LICHTWITZ.

De la tuberculose de la muqueuse nasale, par F. Hahn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, 1890.)

L'auteur rapporte six cas de tuberculose de la muqueuse nasale qu'il a recueillis à la clinique dermatologique du professeur

Doutrelepont, à Bonn. Cinq de ces cas ont été observés dans l'espace de trois mois.

L'affection occupait la cloison du nez et se présentait dans les deux premiers cas sous forme d'une tumeur isolée. Dans le troisième cas, on voyait plusieurs tumeurs polypoïdes et dans les autres cas il existait des granulations. Les tumeurs avaient une consistance dure, saignaient facilement et leur surface était lisse ou ulcérée. Les granulations, au contraire, offraient une surface rugueuse et elles étaient flasques.

Dans deux cas de tuberculose à forme granuleuse, la maladie avait débuté par un eczéma de la lèvre supérieure.

Les tumeurs enlevées présentaient au microscope le même aspect, un stroma lamineux avec infiltration de cellules rondes et amas de cellules épithéloïdes qui contiennent un noyau vésiculeux et un protoplasme granulé. On trouvait également dans toutes les préparations, sauf dans celles de la quatrième observation, des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose.

L'état général de la plupart des malades était bon. Les poumons étaient intacts chez tous, sauf chez la dernière malade. Il existait toujours un gonflement des ganglions voisins.

Le traitement avait consisté dans l'ablation ou la destruction des tumeurs et des granulations et les malades guérissaient très vite sans avoir montré jusqu'à présent de récidive, mais il faut dire que l'observation ne date que de quelques mois.

LICHTWITZ.

Du diagnostic et du traitement des affections des cavités accessoires du nez, le sinus maxillaire excepté, par M. Schaeffer. (*Deut. med. Woch.*, n° 41, 9 octobre 1890.)

L'auteur mentionne plusieurs symptômes qui peuvent nous faire soupçonner le siège de l'affection nasale. Il n'a en vue que les maladies du sinus frontal, du sinus sphénoïdal et du sinus ethnoïdal, et il laisse complètement de côté les affections de l'antre d'Highmore sur lesquelles on a tant écrit dans ces derniers temps.

Les symptômes communs aux affections chroniques de tous les sinus sont : une sécrétion purulente le plus souvent fétide avec ou sans formation de croûtes dans le nez; souvent une distension des os de la racine du nez avec un léger gonflement et une faible rougeur des téguments; douleurs de tête et sensations diverses dans les os ; vertige et insomnie.

Quand il s'agit des maladies du *sinus frontal*, les douleurs sont

localisées dans la racine du nez et dans la région frontale et sus-orbitaire; quand c'est le *sinus sphénoïdal* qui est atteint, elles s'irradient vers le milieu de la tête jusqu'à l'occiput et la nuque et, quand on a affaire à des affections du *sinus ethmoïdal*, elles occupent la joue et la région sous-orbitaire. A la longue, ces douleurs atteignent non seulement le côté affecté mais aussi le côté sain. En examinant les fosses nasales, on trouve dans les cas de suppurations du *sinus frontal*, sur la cloison au niveau du cornet moyen, une croûte de couleur et épaisseur variables. Dans les affections purulentes du *sinus ethmoïdal*, la croûte siège entre les cornets moyen et inférieur. En même temps il peut exister une distension du cornet moyen sous forme d'une bulle osseuse qu'on peut rencontrer aussi isolément sans que le sinus ethmoïdal soit malade.

Dans les cas de suppuration du *sinus sphénoïdal* on observe le pus sur la voûte pharyngée près de la cloison.

Très important est le sondage des sinus. Quand on veut sonder le *sinus frontal* on dirige, après avoir bien cocaïnisé la muqueuse — un stylet flexible mais suffisamment solide — tout le long du dos du nez entre la cloison et le cornet moyen directement vers le front. On entend alors le léger crépitement des os minces qui se brisent, et à la fin on ressent l'impression de la pénétration dans le vide. Il survient une petite hémorrhagie et, s'il y a du pus, ce dernier s'écoule. Quand l'affection remonte à plusieurs années, on rencontre une carie des os. Schaeffer conseille alors de racler toutes les parties malades avec sa cuiller tranchante, de faire une injection dans la cavité avec de l'eau sublimée, de pratiquer ensuite une douche d'air, et d'insuffler de l'iodol ou de l'acide borique en poudre. Les malades ressentaient un soulagement considérable par cette opération et acceptaient une seconde intervention quand Schaeffer la trouvait nécessaire. Si l'on veut ouvrir le *sinus ethmoïdal*, on pousse la cuiller tranchante en dehors en arrière et en haut dans la paroi nasale externe au niveau de l'implantation du cornet moyen. S'il existe en même temps une distension du cornet moyen sous forme d'une bulle osseuse, Schaeffer perce cette dernière et la racle comme le sinus ethmoïdal. S'il le trouve utile, il enlève une partie du cornet moyen.

Quand il s'agit de pratiquer l'ouverture du *sinus sphénoïdal*, il est bon de marquer d'abord sur le stylet la distance entre le sinus frontal et l'extrémité du nez, car, quand on a véritablement ouvert le sinus sphénoïdal, le stylet doit être introduit plus pro-

Doutrelepont, à Bonn. Cinq de ces cas ont été obse
l'espace de trois mois.

L'affection occupait la cloison du nez et se pr
les deux premiers cas sous forme d'une tume
le troisième cas, on voyait plusieurs tumeurs
les autres cas il existait des granulations. L
une consistance dure, saignaient facileme
lisse ou ulcérée. Les granulations, au
surface rugueuse et elles étaient flasqu

Dans deux cas de tuberculose à for
avait débuté par un eczéma de la lè

Les tumeurs enlevées présentai
pect, un stroma lamineux avec i
amas de cellules épithéloïdes qu
et un protoplasme granulé. Or
préparations, sauf dans cell
cellules géantes et des bac

L'état général de la p
mons étaient intacts ch
existait toujours un g

Le traitement avai
des tumeurs et de
très vite sans av
faut dire que l'c

la cloison.

LICHTWITZ.

Du diagnost
soires d
(*Deut.*

...ploi de l'électrolyse dans ...*erap. Monats.*, n° 3, 1890.)

L'au ...ectrolyse pour détruire les restes de ... très près de la cloison. ... ait l'avantage sur la galvanocaustie d'éviter ... entre les cornets et la cloison, et de ne provo... de réactions inflammatoires. Cette dernière qua... électrolyse aurait surtout son importance dans le cas où faire ... rait à soigner des malades qui viennent de loin et qui les ... vent retourner chez eux le jour même de l'opération. Kafe... se sert de petites fourches en or soudées avec des ba... ettes en cuivre qu'il a préconisées l'année dernière pour la destruction des granulations dans la pharyngite granuleuse.

L. L.

Le traitement de certaines affections nasales sans l'emploi du galvano-cautère, par Bonne. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 8 et 9, 1890.)

Le procédé recommandé par Bonne consiste à injecter environ 2 grammes d'une solution de glycérine et de tanin en par-

les fosses nasales. Il se sert à cet effet d'un
...nt un diamètre de 1 centimètre muni d'un
...t d'un embout. Après avoir aspiré le li-
...tit tube dans une des narines et insuffle
le nez jusqu'à ce que le malade com-
... ce qu'une partie du médicament

dans les hypertrophies et les
dans les catarrhes du pha-

... gravité des cas, mais

...au point de n'être

...portance de ré-
... facilement obtenue

L. L.

... l'emploi de la pyoctanine (violet ... et la gorge, par Bresgen. (*Therapeut.* ...re 1890, n° 10.)

...rme les résultats obtenus par l'emploi de la ... qu'il a communiqués dans un travail antérieur (voir ...des *Annales*, 1890) et ajoute d'autres détails sur l'emploi ... ce médicament.

Il emploie maintenant des concentrations plus fortes (0,10 sur 25) et il prépare toujours peu de liquide à la fois parce que les couleurs d'aniline se décomposent facilement. Il a remarqué que moins le liquide était coloré, moins il était actif.

Après les opérations nasales, Bresgen badigeonne tous les jours les parties opérées avec la solution de pyoctanine. Il a observé que sous l'influence de ce traitement il évitait les gonflements post-opératoires et diminuait la douleur.

Il aurait remarqué que l'on pouvait éviter la suppuration en se servant de solutions plus concentrées (0,35 : 25).

LICHTWITZ.

Le massage dans les affections de la gorge et du nez, par J. Herzfeld. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 89, 6 novembre 1890.)

A la section de laryngologie du dernier Congrès international de Berlin, Braun avait parlé du massage, c'est-à-dire « des

fondément de 2 à 4 centimètres que lorsqu'on l'avait introduit dans le sinus frontal.

Le traitement ultérieur des affections de ce sinus est le même que pour les sinus frontal et ethnoïdal. Le traitement est le plus long pour le sinus ethmoïdal, puis viennent le sinus sphénoïdal et le sinus frontal.

Dans les cas de polypes du nez, on trouve souvent plusieurs sinus affectés.

Avant d'ouvrir un de ces sinus, il faut faire l'ablation de toutes les saillies osseuses et muqueuses qui empêchent le pus de s'écouler. Schaeffer rapporte ensuite, très brièvement, 25 cas d'affection du sinus frontal, 19 cas d'affection du sinus ethmoïdal et 7 cas d'affections du sinus sphénoïdal. LICHTWITZ.

Abcès de la cloison nasale, par M. SCHAEFFER. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 10, octobre 1890.)

Schaeffer rapporte 5 cas d'abcès de la cloison provenant d'un traumatisme. Le traitement consistait soit en simple incision, soit en excision d'une partie de la muqueuse et du périchondre avec curettage des parois de l'abcès.

Il insiste sur l'origine traumatique des abcès de la cloison.

LICHTWITZ.

Une indication fréquente pour l'emploi de l'électrolyse dans le nez, par R. KAFEMANN. (*Therap. Monats.*, n° 3, 1890.)

L'auteur recommande l'électrolyse pour détruire les restes de polypes qui se trouvent très près de la cloison.

L'électrolyse aurait l'avantage sur la galvanocaustie d'éviter les adhérences entre les cornets et la cloison, et de ne provoquer que peu de réactions inflammatoires. Cette dernière qualité de l'électrolyse aurait surtout son importance dans le cas où l'on aurait à soigner des malades qui viennent de loin et qui désirent retourner chez eux le jour même de l'opération. Kafemann se sert de petites fourches en or soudées avec des baguettes en cuivre qu'il a préconisées l'année dernière pour la destruction des granulations dans la pharyngite granuleuse.

L. L.

Le traitement de certaines affections nasales sans l'emploi du galvano-cautère, par BONNE. (*Therapeut. Monatshefte*, nos 8 et 9, 1890.)

Le procédé recommandé par Bonne consiste à injecter environ 2 grammes d'une solution de glycérine et de tanin en par-

ties égales dans les fosses nasales. Il se sert à cet effet d'un tube en verre ayant un diamètre de 1 centimètre muni d'un tuyau en caoutchouc et d'un embout. Après avoir aspiré le liquide, il introduit le petit tube dans une des narines et insuffle fortement la solution dans le nez jusqu'à ce que le malade commence à cracher ou jusqu'à ce qu'une partie du médicament ressorte par l'autre narine.

L'auteur emploie ces injections dans les hypertrophies et les congestions de la muqueuse nasale, dans les catarrhes du pharynx nasal et dans l'ozène.

Le nombre des injections varie selon la gravité des cas, mais on ne doit jamais les faire tous les jours.

Les injections sont désagréables, mais non au point de n'être pas supportables.

A la fin de son article, Bonne insiste sur l'importance de rétablir la libre respiration nasale, qui serait facilement obtenue par son traitement. L. L.

Suite des communications sur l'emploi de la pyoctanine (violet de méthyle) dans le nez et la gorge, par Bresgen. (*Therapeut. Monatshefte*, octobre 1890, n° 10.)

Bresgen confirme les résultats obtenus par l'emploi de la pyoctanine qu'il a communiqués dans un travail antérieur (voir p. 711 des *Annales*, 1890) et ajoute d'autres détails sur l'emploi de ce médicament.

Il emploie maintenant des concentrations plus fortes (0,10 sur 25) et il prépare toujours peu de liquide à la fois parce que les couleurs d'aniline se décomposent facilement. Il a remarqué que moins le liquide était coloré, moins il était actif.

Après les opérations nasales, Bresgen badigeonne tous les jours les parties opérées avec la solution de pyoctanine. Il a observé que sous l'influence de ce traitement il évitait les gonflements post-opératoires et diminuait la douleur.

Il aurait remarqué que l'on pouvait éviter la suppuration en se servant de solutions plus concentrées (0,35 : 25).

LICHTWITZ.

Le massage dans les affections de la gorge et du nez, par J. Herzfeld. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 89, 6 novembre 1890.)

A la section de laryngologie du dernier Congrès international de Berlin, Braun avait parlé du massage, c'est-à-dire « des

vibrations » de la muqueuse des fosses nasales et du pharynx comme moyen thérapeutique.

Herzfeld a repris ces expériences, mais au lieu de provoquer des vibrations légères « qui doivent naître dans l'articulation du coude et être exécutées par la face palmaire des doigts » avec la main, il se sert du *foret* des dentistes. Avec cet instrument, les secousses se produisent d'une manière régulière et sans fatigue pour le médecin.

A cet effet, il s'est fait construire une baguette portant à son bout une plaque de caoutchouc se mouvant librement. La baguette est mise en mouvement par le foret dentaire et la plaque est appuyée contre la muqueuse du pharynx. On touche successivement les différentes parties du pharynx sans que la plaque en caoutchouc quitte la muqueuse. La durée de la séance ne dépasse pas une minute.

Herzfeld a vu des bons effets surtout dans la paresthésie pharyngée, dans les pharyngites avec hypersécrétion de la muqueuse, tandis que dans les pharyngites sèches le succès n'était pas aussi prononcé que le dit Braun.

Pour ce qui est du massage de la muqueuse nasale pour lequel il s'est fait construire une sonde spéciale, il se propose de publier ses résultats ultérieurement. LICHTWITZ.

Un petit accumulateur transportable pour la galvano-caustique et l'éclairage, par H. SELIGMANN. (*Therapeut. Monatshefte*, décembre 1890, n° 12.)

L'accumulateur est composé de 4 éléments et peut donner une tension de 8 volts.

Les détails de sa construction doivent être lus dans l'article original.

On fait charger l'accumulateur par un petit dynamo ou à l'aide de 2 éléments de Bunsen.

L'accumulateur chargé fait brûler une petite lampe d'Edison de 8 volts durant vingt heures et un gros galvano-cautère reste chauffé durant une heure et demie.

Seligmann est très content de son emploi et le préfère à toutes les piles qui servent pour la galvano-caustique et la lumière électrique et qui, comme les piles constantes, sont très volumineuses, chères et difficilement transportables, ou qui, comme les piles à immersion, sont peu constantes. L. L.

Intoxications dues à l'emploi de la cocaïne, par E. Falk. (*Therap. Monatshefte*, octobre 1890, n° 10.)

Dans la statistique que Falk donne des intoxications par la cocaïne figurent aussi celles qu'on a observées par suite de l'application de ce médicament dans le nez, l'oreille, le larynx, le pharynx et la bouche.

Appliquée dans le nez, la cocaïne a donné lieu à des phénomènes toxiques treize fois, installée dans la caisse deux fois (cas de Suarez de Mendoza et de Schwabach) ; employée dans le larynx onze fois, dont un cas de mort (cas de Long) ; dans la bouche et le pharynx vingt-six fois, dont deux cas mortels (cas de Doremus et cas de Baratoux).

Employée en injections sous-gingivales on a rapporté 46 cas d'intoxication, dont un cas mortel. L. L.

Un cas de corps étranger dans les voies respiratoires, par Keferstein. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 9, septembre 1890.)

La malade, âgée de 58 ans, avait, en mangeant, avalé de travers. Durant un mois elle souffrait de quintes de toux coqueluсoïdes très intenses. — Keferstein se rappelant de la communication faite par Leyden sur les corps étrangers des voies respiratoires croyait avoir affaire à un cas de ce genre.

(L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué.)

Il prescrivit comme expectorant une infusion de polygala (12 gr. sur 170 gr.) avec 3 grammes de liqueur ammoniacale anisée et 30 grammes de sirop de polygala, et au bout de deux jours la malade expectora un morceau d'os. L. L.

De l'opération de l'amygdale pharyngée hypertrophiée, par H. Gradle. (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 1890.)

L'auteur donne un dessin de sa pince coupante avec laquelle on réussirait à enlever toute la glande de Luschka ou au moins une grande partie en une séance. Les tranchants de la pince sont légèrement coudés pour s'adapter à la voûte pharyngée. Aux surfaces externes des deux branches sont soudés des ressorts pour empêcher que les parties coupées ne tombent dans le larynx. LICHTWITZ.

Du traitement de la diphthérie du pharynx, par G. Mayer. (*Terapeut. Monatshefte*, novembre 1890.)

L'auteur recommande l'application énergique et continuelle de la glace autant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

La médication interne consiste à faire boire continuellement de l'eau glacée par un tube en verre coudé à angle obtus. En ajoutant à l'eau du jus de framboise, ou de citron, ou du vin sucré, on rend la boisson agréable. Chez des petits enfants on verse l'eau glacée dans la bouche, à l'aide d'une cuillère à café.

Quand les enfants sont trop fatigués pour boire on leur fait avaler des petits morceaux de glace. A l'extérieur on applique, autour du cou, une poche de glace longue de 33 centimètres et large de 6 centimètres.

Dans tous les cas graves on doit continuer l'emploi de la glace à l'intérieur et à l'extérieur durant 48 heures.

D'après les recherches de Lœffler les bacilles de la diphtérie ont besoin pour leur développement d'une température supérieure à 20°, et le traitement méthodique par le froid agit suffisamment dans la profondeur des tissus (les expériences d'Esmarch faites sur le tibia en sont une preuve) pour qu'on puisse admettre qu'il empêche le développement des bacilles de la diphthérie. — Le danger de la propagation de l'affection vers le larynx se trouve par conséquent bien amoindri ou même complètement conjuré.

M... donne, outre la glace, le chlorate de potasse qui, dit-il, vaut mieux que sa réputation.

En ne prescrivant par jour que 1,5 à 4 grammes aux enfants, et 5 à 6 grammes aux adultes, on ne risque pas les intoxications. L'emploi des antipyrétiques sous forme de bains ou de médicaments ne serait pas nécessaire.

Il faut surtout s'abstenir de faire le raclage et la cautérisation des fausses membranes, autrement on augmente l'inflammation et on la propage vers le nez et le larynx. Les badigeonnages, les pulvérisations et les gargarismes sont superflus.

A la fin l'auteur donne une statistique de ce traitement et conseille de ne pas laisser les malades sortir trop tôt.

Il croit avoir observé que les malades qui s'étaient levé trop tôt furent atteints de phénomènes rhumatismaux. LICHTWITZ.

Sur un cas de carcinome du thyroïde, par J. SCHEINMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 13, 1890.)

Le cas concernait un chaudronnier âgé de 37 ans qui était entré dans le service du professeur Leyden en se plaignant de dyspnée, de toux, de douleurs à la nuque et au sternum ainsi que d'accès de suffocations. Il existait sur le côté droit du cou

une tumeur qui prenait naissance au niveau de la glande thyroïde et qui s'étendait au-dessous du sternum.

A l'examen laryngoscopique qui nous intéresse surtout ici, Scheinmann constatait que, pendant la phonation, la glotte était déviée vers le côté droit et que la corde vocale droite était excavée sur son bord libre tandis que la corde gauche avec son bord rectiligne venait s'apposer à sa congénère.

Au moment de l'inspiration, la corde droite restait immobile dans sa position cadavérique et la corde gauche s'écartait un peu et occupait la position médiane qu'elle avait dépassée au moment de la phonation.

Scheinmann diagnostiqua par conséquent une paralysie totale du récurrent droit et une parésie du récurrent gauche. Malgré l'étroitesse de la glotte, il était possible de découvrir dans la trachée une tumeur dont la base large était implantée sur la paroi trachéale droite.

Le malade mourut de suffocation un mois après la trachéotomie qui fut difficile à pratiquer en raison de la déviation de la trachée et de la tumeur qui l'englobait.

A l'autopsie, on constata la présence d'un carcinome thyroïdien s'étendant dans la cavité médiastinale et dans la trachée. L'auteur croit que ce cas parle en faveur de la théorie de Rosenbach-Semon, d'après laquelle les lésions du récurrent atteignent d'abord les fibres abductrices et plus tard seulement les fibres adductrices. En effet, du côté droit, le récurrent étant complètement détruit, la corde vocale restait pendant la phonation ainsi que pendant l'inspiration dans la position cadavérique, tandis que la corde vocale gauche dépassant au moment de la phonation la ligne médiane et restant pendant l'inspiration dans la position médiane ne présentait que les troubles de la paralysie de l'abducteur. L. L.

Adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, par le Dr Mac Mahon. (*The Canadian Practit.*, fév. 1891.)

L'adhérence était complète, sauf sur un petit espace en arrière de la luette qui, longue d'un pouce et demi, très gonflée, pendait derrière la langue et amenait une toux continuelle. Il y avait en outre adhérence de la base de la langue à droite au même côté du pharynx. Rhinite hypertrophique.

La malade ne pouvait respirer deux fois de suite par le nez, respirait difficilement pendant la déglution et ne pouvait débar-

rasser son nez du liquide purulent qui l'obstruait. — L'affection datait de quatre ans et était consécutive à une diphthérie grave pendant laquelle la malade avait rejeté des lambeaux sphacélés.

L'auteur incisa d'abord la luette et cautérisa les cornets inférieurs. Quelques jours après, il fit passer un tube de caoutchouc par le nez dans la bouche en passant derrière la luette, ce qui lui permit de tendre le voile du palais, puis avec des ciseaux courbés à angle droit, détacha celui-ci du pharynx. Les jours suivants, il maintint l'ouverture faite en écartant les branches de ses ciseaux introduits derrière le voile. Le résultat fut très satisfaisant. M. LS.

NOUVELLES

Le Dr Castex, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier dans les Universités d'Allemagne et d'Autriche l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

L'*Allgemeine Wiener Med. Zeitung* annonce la nomination du Dr M. Grossmann comme docent de laryngologie et de rhinologie à l'Université de Vienne.

Le Dr J. Charazac, de Toulouse, nous fait parvenir l'avis suivant : « Dans sa dernière séance, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse vient de mettre au concours pour le prix Gaussail à décerner en 1893, la question suivante : *Des tumeurs malignes du larynx; symptomatologie, diagnostic et traitement*. La valeur du prix est de 2,000 francs. Les mémoires, écrits lisiblement en français, doivent être adressés franco de port à M. le secrétaire général de la Société de médecine avant le 1er janvier 1893, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris. — Ordre du jour de la séance du 3 juillet :

Deux cas de suppuration chronique rebelle de la caisse, guéris à la suite de l'excision du marteau, par Luc. — Carcinome kératoïde de la corde vocale gauche. Extirpation par laryngofissure. Mort cinq jours après, par Lichtwitz.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Transactions of the twelfth annual meeting of the American Laryngological Association held in the city of Baltimore, may 29, 30 and 31, 1890. (Comptes rendus de la 12e réunion annuelle de l'Association laryngologique américaine tenue à

Baltimore les 29, 30 et 31 mai 1890. — Un vol. de 130 pages, D. Appleton and C°, éditeurs, New-York, 1891.)

Tres casos de angina gangrenosa primitiva, par R. DE LA SOTA Y LASTRA. (Tirage à part, de *los Arch. Int. de Laring.*, *Otol.*, etc., n°s 8 et 9, 1891.)

Les indications de Challes. Aphonies et enrouements, par P. RAUGÉ. (Une brochure de 105 pages, Imp. savoisienne, Chambéry, 1891.)

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhœhle. (Coupes geléos pour servir à l'anatomie des cavités nasales, par le professeur B. FRAENKEL. (2° fascicule, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891.)

Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhœhle (Atlas des maladies des cavités buccale et pharyngienne, par J. MIKULICZ et P. MICHELSON. (Extrait. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891.)

Della sordità e delle sue cause principali. Introduction au cours libre d'otologie fait pendant l'année scolaire 1890-1891, par V. GRAZZI. (Extrait du *Morgagni*, mai 1891.)

Un buon remedio contro le otiti medie purulente croniche con otorrea. Note thérapeutique, par V. GRAZZI. (Extrait du *Bollett. delle Mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 5, 1891.)

La electrolisis en las deviaciones y espesamentos del tabique nasal (L'électrolyse dans les déviations et épaississements de la cloison nasale, par R. BOTEY. (Extrait de *los Arch. Int. de Lar.*, *Otol.*, etc., n°s 8 et 9, 1891.)

Dilatateur bivalve permanent de la trachée, par F. EGIDI. (Rome, 1889.)

Modificazione agli apparecchi di intubazione laringea, par F. EGIDI. (Extrait des *Arch. Ital. di Pediatria*, fasc. 3, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 59.7.91.

Août 1891. — N° 8

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ÉPITHELIOMA DE LA CORDE VOCALE SUPÉRIEURE. — EXTIRPATION ENDOLARYNGIENNE. — GUÉRISON. — ABSENCE DE RÉCIDIVE.

Par **A. GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière
et **M. MENDEL**, interne des hôpitaux.

L'observation suivante a été recueillie à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Sa grande rareté la rend intéressante, ainsi que l'heureux résultat du traitement que nous avons employé.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, sans tare héréditaire. Elle a eu la variole il y a quinze ans et une bronchite plus récemment. Jamais de laryngites.

Elle est mariée et a un enfant de neuf mois.

En août 1890 elle prit froid ; sa voix se couvrit peu à peu, et l'aphonie devint complète. Elle alla voir un spécialiste de Paris, lequel lui aurait fait une légère opération dans le larynx (?). Sa voix revint un peu. Au bout de trois mois, l'aphonie reparut définitivement. A ce moment, la malade ne présente ni dyspnée, ni dysphagie ; elle tousse un peu.

La malade vient pour la première fois à la clinique dans les premiers jours de décembre. On constate sur la corde vocale supérieure gauche l'existence d'une grosse tumeur sessile, du volume d'un petit noyau de cerise, rouge à sa base, grisâtre à l'autre extrémité, et présentant à cet endroit plusieurs saillies arrondies. La corde vocale de ce côté est entièrement masquée ; on ne peut voir que les mouvements de la corde vocale droite. Le côté droit du larynx est absolument normal. Pas de ganglions. La dyspnée n'apparaît que lorsque la malade se livre à des mouvements exagérés.

Après la cocaïnisation du larynx au moyen d'une solution au 1/3, le Dr Gouguenheim procède à l'extirpation de cette tumeur, qu'il enlève dans sa totalité au moyen de sa pince coupante à écartement antéro-postérieur. L'opération fut facile et faite d'un coup.

La tumeur, ayant bien le volume que nous avons dit, fut examinée par le Dr Paul Tissier, qui y constata l'existence de globes épidermiques absolument incontestables. Nous reproduisons cette coupe histologique.



La voix se rétablit presque immédiatement, et la dyspnée disparut. On put alors voir la corde vocale inférieure gauche, qui était seulement un peu injectée.

Le larynx de notre malade, examiné à plusieurs reprises, montra un gonflement un peu plus considérable de la corde vocale supérieure gauche, mais sans aucune récidive de la tumeur. Le dernier examen a été fait le 16 juin.

Voilà donc un épithélioma polypoïde du larynx guéri par l'extirpation. Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ont montré que les cas semblables sont très rares ; il est, du reste, fort difficile d'établir avec certitude le diagnostic

d'épithélioma polypoïde. Quant à la délicate question du traitement, elle est très discutéepar les laryngologistes, et nous rapporterons les principales opinions :

I.

Le siège ordinaire de l'épithélioma polypoïde n'est pas la fausse corde. La corde vocale inférieure est bien plus souvent atteinte.

Pour établir ce côté de la question, nous avons consulté l'ouvrage de M. le Dr Schwartz sur les tumeurs du larynx. Cet auteur a pu recueillir 61 cas de cancer, dans lesquels il a été possible de constater le point de départ de la tumeur. Sur ces 61 cas, quatre seulement se rapportaient au cancer primitif de la bande ventriculaire, tandis que, dans 10 autres cancers, le point primitivement atteint a été la corde vocale inférieure.

Si le cancer de la fausse corde est assez rare, il en est de même de la forme dite polypoïde. Isambert (qui a créé ce mot) en rapporte deux cas. Krishaber, cité par Schwartz, en rapporte un autre. B. Fraenkel donne l'observation d'un cancer polypiforme du larynx qu'il a opéré avec succès par les voies naturelles. Le Dr Newman rapporte un cas. Enfin nous avons trouvé notre dernier exemple d'épithélioma polypiforme dans le *Traité* de Fauvel. Cet auteur rapporte bien quelques faits de cancer débutant au niveau de la corde vocale supérieure gauche, mais les tumeurs qu'il décrit se confondaient insensiblement avec le tissu normal et n'étaient pas enlevables radicalement. Nous n'avons donc pas retenu ces cas, où il n'y a pas tumeur — au sens propre du mot — mais infiltration.

Nous pensons que cette rareté est bien plus apparente que réelle. Nous n'avons rapporté que les cas de cancers bien avérés. Mais les polypes réputés bénins et enlevés comme tels sont-ils vraiment tous de bonne nature ? Puisque, comme on le sait, le diagnostic entre le polype et l'épithélioma polypoïde est presque impossible, ne peut-on pas penser que quelques-uns des soi-disant fibromes ou papillomes des observations ne sont autre chose que des cancers ? L'examen histolo-

gique manque, en effet, bien souvent dans les faits publiés.

A ce propos, nous citerons encore le Dr Schwartz, aux idées duquel nous adhérons entièrement :

« Si la clinique et le traitement des tumeurs du larynx ont réalisé et réalisent encore des progrès considérables, peut-être ne pourrions-nous pas en dire autant de l'anatomie et surtout de l'histologie pathologiques des néoplasmes laryngés.

« Cela tient à plusieurs causes : tout d'abord, la plupart des tumeurs bénignes du larynx pouvant être enlevées par les voies naturelles, le sont souvent par fragments et dans des séances successives, de telle sorte que l'on n'a à sa disposition, pour pratiquer l'examen, que des parties souvent impropres à donner une bonne idée de la nature du néoplasme.

« D'un autre côté, bon nombre d'opérateurs se contentent d'un diagnostic anatomique sommaire, tiré des caractères extérieurs de la tumeur. Il serait à désirer, au point de vue des relations qui peuvent exister entre la structure d'une tumeur et son diagnostic thérapeutique, c'est-à-dire sa tendance à la récidive ou à l'envahissement, que le nombre des examens complets et bien faits augmentât, pour le plus grand bien du malade et du chirurgien. »

Nous devons dire toutefois qu'ayant l'habitude, à la clinique laryngologique de Lariboisière, de faire l'examen microscopique de toutes les tumeurs du larynx enlevées, il est exceptionnel que cet examen ne soit pas conforme au diagnostic clinique ; c'est la surprise que nous éprouvâmes du résultat de l'examen de cette pièce qui nous a engagé à publier le fait que nous présentons aujourd'hui.

II

Nous trouvant en présence de la tumeur que nous avons décrite, à quoi pouvions-nous penser?

Quatre hypothèses seulement étaient acceptables : une tumeur bénigne, une tumeur tuberculeuse, une gomme syphilitique, ou enfin un cancer.

Les plus grandes probabilités étaient pour une tumeur

bénigne, bien que ces tumeurs soient relativement rares à ce siège : la bande ventriculaire. A part cette sorte d'irrégularité de position, la tumeur présentait tous les signes d'un fibrome : forme arrondie, presque régulière, couleur assez foncée, sessile. Elle montrait à son extrémité libre et arrondie quelques mamelons lisses, mais elle n'avait certainement pas les caractères physiques du papillome. Enfin, l'âge de la malade — 36 ans — était bien plutôt celui d'une tumeur bénigne que du cancer.

L'adénopathie n'existait pas, mais c'est là un signe peu important, puisqu'il peut manquer et que, d'après les remarques de Krishaber, le cancer intrinsèque du larynx ne s'accompagne presque jamais d'engorgement ganglionnaire. Les douleurs irradiées, à cause de leur circonstance et de leur irrégularité, ne peuvent pas non plus servir à étayer un diagnostic; elles manquaient dans notre cas, ainsi que la salivation — ce qui n'avait rien de surprenant, la tumeur n'étant pas ulcérée.

Après le fibrome, on pouvait penser encore à une *tumeur tuberculeuse*. Nous avons dit en effet que la tumeur était sessile et faisait presque corps avec la bande ventriculaire. L'intégrité des poumons, bien constatée chez notre malade, n'était aucunement un obstacle à cette hypothèse de tumeur tuberculeuse, car nous avons constaté quelques faits de tumeur de cette nature chez des malades ne présentant aucun signe de tuberculose. Nous devons dire cependant que cet aspect de laryngite tuberculeuse est rare. Ordinairement l'infiltration bacillaire présente une autre apparence : elle se porte plutôt sur la région aryténoïdienne. De plus, lorsqu'elle atteint les cordes supérieures, on observe assez rarement l'unilatéralité absolue des lésions. Le plus souvent, les deux bandes sont prises dans leur longueur et leurs bords libres se rapprochent de façon à recouvrir les cordes vocales. Néanmoins, le diagnostic de tumeur tuberculeuse à son début pouvait très bien s'admettre. Les muqueuses buccale et laryngée n'avaient pas ici la pâleur si commune chez les tuberculeux, enfin l'état général de notre malade était excellent.

La *gomme syphilitique* enfin était possible. On sait que l'interrogatoire des malades au point de vue d'une syphilis antérieure est bien souvent négatif, surtout chez les femmes. Aussi n'attachâmes-nous pas grande importance aux dénégations de notre malade, car une gomme de la bande ventriculaire nous aurait présenté la même physionomie que la tumeur en question.

Restait enfin le diagnostic de *cancer*, qui était possible, mais bien difficile à affirmer. Encore, l'idée de sarcome, tumeur fort rare, pouvait-elle s'admettre.

On voit donc combien le diagnostic était délicat; d'ailleurs tous les auteurs ne s'accordent-ils pas pour dire que le diagnostic du cancer polypoïde est une des questions les plus épineuses de la laryngologie?

Les véritables signes diagnostiques seraient l'évolution ultérieure et l'examen microscopique. Puisque nous avons pratiqué l'intervention précoce, et que nous avons écrit ce travail pour la recommander quand elle est possible, nous ne pouvons nous baser sur l'évolution ultérieure, pour fixer le diagnostic. Le seul diagnostic vraiment scientifique et rationnel sera celui donné par le microscope; c'est là un point si bien acquis que plusieurs auteurs, notamment Butlin, Solis-Cohen, n'hésitent pas à recommander et très vivement l'extirpation d'un fragment de la tumeur et son examen histologique, toutes les fois qu'on le pourra.

III

Reste l'importante question du traitement. Nous ne revendiquerons pas le mérite du traitement que nous avons appliqué ici, puisque en extirpant notre tumeur, nous avons cru enlever un fibrome. Nous nous rendons compte aussi que si notre cas est instructif, l'extirpation précoce d'un cancer polypoïde ne trouvera pas souvent son application, étant donnée la rareté de cette forme. En outre, il est probable qu'on a extirpé et qu'on extirpera peut-être encore des cancers polypoïdes en croyant enlever des fibromes ainsi que cela nous est arrivé.

Il n'en est pas moins intéressant de rechercher et l'opinion et la conduite des différents auteurs en la matière, pour en tirer une conclusion pratique.

D'abord il nous semble que si notre cas s'était présenté à un laryngologiste quelconque, même à un adversaire de l'extirpation précoce, ce laryngologiste n'aurait pas hésité à enlever une tumeur, sessile il est vrai, mais dont l'extirpation radicale semblait devoir réussir. La difficulté ne commence que lorsqu'on prononce le mot de cancer. Alors, les laryngologistes se divisent en deux camps : les abstentionnistes et les opérateurs.

Du côté des premiers, nous trouvons d'abord Isambert (*Annales des maladies de l'oreille* 1876), qui oppose le danger de l'opération. Pour lui, il vaut mieux ne rien faire, car « nous savons, dit-il, que les avulsions de cancers polypiformes ont été suivies d'accidents inflammatoires ou d'œdèmes compromettant l'existence. » Aux cas si malheureux rapportés par Isambert, nous pourrions facilement en opposer d'autres, dans lesquels l'intervention n'a créé aucune suite fâcheuse.

Le Dr Schwartz est aussi un abstentionniste. Il pense que la méthode endo-laryngée n'a été mise souvent en pratique que par erreur de diagnostic. On croyait avoir affaire à un papillome et c'était un épithélioma polypiforme qui récidivait rapidement. Pour le Dr Schwartz, cette méthode ne peut être employée que pour aider au diagnostic ; elle doit être repoussée en tant que curative. Néanmoins, nous devons dire que cette opinion n'est pas absolue ; M. Schwartz se rend bien compte de la possibilité d'une intervention radicale, car « il comprend l'opération lorsqu'il s'agira de tumeurs épiglottiques ou encore de tumeurs de la cavité laryngienne facilement pédiculisables. »

Fauvel n'est pas partisan de l'opération dans notre cas. Pour cet auteur, l'excision et l'arrachement, qui se font avec des guillotines ou des pinces, ne permettent d'enlever qu'une portion plus ou moins complète de la tumeur et laissent à leur suite une surface ulcéreuse qui ne tarde pas à bourgeonner. Fauvel rapporte cependant (*Obs. XXI* de

son *Traité*) un cas d'épithélioma polypiforme qu'il a guéri par l'extirpation, et pour la durée de trois ans. Il s'agissait d'une femme de 42 ans, enrouée depuis neuf mois. Elle portait, sur la corde vocale inférieure droite, une tumeur sessile du volume d'un haricot, à surface rouge, légèrement granuleuse. Fauvel extirpa ce petit néoplasme dont le microscope révéla la nature épithéliale. Sa voix se rétablit rapidement, mais trois ans après, la malade était prise d'un cancer sous-glottique.

Gottstein, Morell-Mackenzie et Moure n'envisagent pas, dans leurs traités, l'éventualité de la forme polypoïde, en ce qui concerne le traitement du cancer laryngé. Ils ne conseillent donc pas l'intervention endo-laryngée, opération bien souvent nuisible dans les formes les plus ordinaires du cancer — ulcération ou infiltration. — Lennox-Browne, dans son récent traité, se montre abstentionniste et pense qu'un résultat favorable après une intervention endo-laryngée dans le cancer ne sera jamais qu'une « heureuse exception. »

A ces abstentionnistes, on peut opposer un certain nombre de laryngologistes *opérateurs*.

Blanc (*Thèse de Paris* 1872) énonce ainsi son opinion : « Si la tumeur est pédiculée et située au-dessus des cordes vocales, on pourrait tenter l'ablation par la cavité buccale au moyen de pinces laryngées. Il faut, ajoute-t-il, que la tumeur soit limitée et que son extirpation complète paraisse possible. »

B. Fraenkel (XVe Congrès allemand de chirurgie, avril 1886), auquel la méthode endo-laryngée a réussi se montre opérateur plus résolu. Il a extirpé en 1881 un polype de la corde vocale inférieure droite reconnu épithéliomateux au microscope. La tumeur a récidivé quatre fois, d'où quatre opérations dont la deuxième remonte à 1884. En avril 1886, aucune récidive ne s'était produite. Il est bon de dire que Fraenkel fit extirper par Madelung un gros ganglion carotidien qui, de même que la tumeur laryngée, fut reconnu infiltré d'épithélioma. En conséquence, cet auteur recommande vivement la méthode endo-laryngée lorsqu'il sera

permis de tout enlever. Il ne lui reconnaît ni danger ni inconvénient. Il conseille même de ne recourir à l'extirpation totale ou partielle du larynx que si l'extirpation endo-laryngée n'est pas applicable.

Raphael Ariza (*Annales mal. de l'oreille*, 1886), et Newman (*Glasgow medical journal*, février 1888) sont de cet avis. L'opinion de ce dernier nous a paru curieuse à reproduire. Le cancer, d'après Newman, n'est primitivement qu'une affection locale, devenant générale par l'envahissement des lymphatiques. La guérison devient un fait possible si l'on intervient hâtivement, et le cancer, opéré dès le début, guérit. Il faut avouer que la transition de la maladie locale à la maladie générale est bien difficile à saisir. En outre, il est bien démontré que, même dans les cas opérés hâtivement, la récidive est la règle. De l'assertion paradoxale de Newman, nous ne voulons retenir que le principe de l'intervention précoce.

IV

Il nous reste encore à décider à quelle méthode on donnera la préférence pour faire l'ablation d'un cancer polypoïde.

On peut se servir soit d'une simple pince (Fauvel), soit d'une pince coupante (1)(Gouguenheim), soit de la guillotine de Stœrk, ou bien encore de la galvano-caustique.

La pince a réussi entre les mains de M. Fauvel, mais nous ne saurions recommander cet instrument qui a bien pour lui la précision, mais qui n'enlève qu'avec difficulté les tumeurs sessiles; et on sait que, dans le cas de tumeurs malignes, les manœuvres pénibles constituent une condition défavorable.

L'instrument tranchant — la guillotine de Stœrk, et surtout la pince coupante dont nous nous servons journellement à la clinique laryngologique de Lariboisière — réussit bien mieux

(1) La pince coupante dont nous nous servons a été décrite par Gouguenheim et Glover, (*Annales des maladies de l'oreille*, 1890.) et construite par Mathieu.

pour la pratique de cette intervention en raison de la rapidité et de la facilité avec lesquelles on opère. De plus, si l'on a soin d'appliquer fortement la pince, il est possible d'enlever les tissus dans une certaine profondeur, et les chances d'extirpation sont bien plus certaines. Nous attribuons notre succès à l'action complète et profonde de la pince coupante.

Quant à la galvano-caustique, nous ne saurions l'accepter que par l'emploi du serre-nœud de façon à ce que l'ablation soit radicale, mais nous ne recommandons pas cette intervention, qui a l'inconvénient d'exposer le tissu pathologique aux dangers de l'irritation.

Toutefois, après l'extirpation, on pourrait, comme Fraenkel, cautériser le point d'implantation avec le galvano-cautère. Nous ne l'avons pas fait dans notre cas, et nous n'avons pas eu de récidive : ce n'est donc pas absolument indispensable, et le contact irritant du galvano-cautère pourrait avoir des inconvénients.

Enfin, il est inutile de dire que l'antisepsie la plus scrupuleuse doit présider à ces interventions.

V

En cherchant à élucider un point particulier de l'histoire du cancer laryngé, nous avons voulu montrer d'abord l'innocuité de l'opération endo-laryngée, qui n'est suivie ni d'œdème compromettant l'existence (Isambert), ni de récidive rapide (Schwartz, Fauvel), puisque notre petite tumeur est enlevée depuis six mois sans qu'elle tende à reparaître et que le cas précité de Fauvel et un autre de Fraenkel présentent un espace de temps beaucoup plus long sans récidive.

Nous voulons insister encore sur les avantages de cette opération. D'abord, il nous a été possible de tout enlever — fait qui pourra se présenter quelquefois — et par là, nous avons entravé la marche du cancer. Si la petite tumeur était restée à sa place, elle aurait envahi davantage la bande ventriculaire, puis les ligaments aryténo-épiglottiques; enfin, elle se serait ulcérée, et le cancer n'aurait été attaquable

— en admettant qu'il l'ait été, — que par la laryngotomie ou la laryngectomie. En enlevant ce petit néoplasme, nous avons procuré à notre malade, pendant un espace de temps qui peut être assez long, un larynx normal. Nous croyons donc pouvoir recommander une intervention qui ne présente aucun danger et dont les bénéfices ont des chances d'être considérables.

II

ÉTUDES SUR LES LARYNGITES CHRONIQUES. — PROCESSUS PACHYDERMIQUE. — TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par **Paul TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine.

(*Suite et fin.*)

V

DE L'ÉTAT FONCTIONNEL ET OBJECTIF DU LARYNX DANS LA LARYNGITE CHRONIQUE.

Au point de vue des troubles laryngés, les seuls dont nous nous occupions ici, le principal symptôme accusé par nos malades fut l'altération de la voix. Dans aucun cas, il n'existait de gêne de la fonction respiratoire du larynx, mais on conçoit qu'elle puisse exister.

L'altération de la voix était plus ou moins intense, allant depuis l'enrouement léger, une simple modification de timbre, jusqu'à la voix sourde, rude, cassée, pénible, du vieil alcoolique.

L'enrouement est surtout marqué le matin, ou au début de la conversation, lorsque le larynx s'est reposé, puis il s'atténue légèrement, comme si l'organe avait besoin de se mettre

en train. Mais si la conversation se prolonge, surtout en plein air, la voix se fatigue, et l'enrouement devient plus marqué. En même temps se produit une sensation de sécheresse, de picotement, qui provoque la toux, ou au moins une expiration forcée, le « hem » des auteurs.

Dans d'autres cas, où la sécrétion est plus abondante et la muqueuse moins sèche, l'enrouement suit une marche inverse et semble due à une fatigue de l'organe. Cet épuisement laryngé semble relever parfois d'un trouble indirect de la motilité. Au début de l'affection, l'enrouement qui survient au bout d'un certain temps, lorsque le sujet parle, semble dû à un excès de sécrétion.

L'examen du larynx donne le plus souvent la clé de ces modifications de la voix. Avant d'en arriver à la description des symptômes objectifs laryngés, nous devons insister sur l'absolue nécessité de faire porter l'examen sur le nez, le rétro-pharynx et l'isthme du gosier. On y constatera souvent, en effet, des lésions qui, imputables parfois à la même cause que les altérations laryngées, en sont souvent l'origine directe. Il y a là de précieuses indications thérapeutiques qu'on ne saurait négliger, si l'on veut améliorer l'état des malades.

Nous reviendrons sur cette question capitale, de notion d'ailleurs courante aujourd'hui; pour le moment, bornons-nous à la description de l'état du larynx chez nos malades.

Le plus souvent, on constate une congestion plus ou moins intense étendue à presque tout le larynx dont la coloration est rouge plus ou moins sombre. L'injection est cependant d'ordinaire plus marquée en certains points et présente une coloration rouge plus ou moins vif (région aryténoïdienne, cordes vocales, épiglotte). L'injection est arborescente sur l'opercule, linéaire sur les cordes vocales dont elle suit le bord libre (MACKENZIE); elle est souvent assez peu marquée sur ces dernières (1). Par places, on voit de petits amas de mucus grisâtre ou jaunâtre, souvent assez adhérents.

(1) La plupart des auteurs rattachent à la laryngite chronique, l'affection décrite par MORELL-MACKENZIE, sous le nom de phlébectasie laryngée caractérisée par une dilatation morbide du système veineux.

Chez un certain nombre de malades, on ne constate autre chose qu'un état un peu inégal, rugueux, de la muqueuse, qu'un léger épaississement des cordes, rosées par places, quelquefois rouge-grisâtres, à bords inégaux, à surface légèrement irrégulière. Il est exceptionnel que ces lésions soient uniformément réparties sur les cordes, et elles prédominent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, souvent vers l'extrémité postérieure. Il est assez rare qu'une seule corde soit lésée l'autre restant absolument normale. LANDGRAF insiste sur l'aspect particulier violet bleuâtre des cordes vocales, semées de nombreux points blancs, d'où l'aspect de prunes moisies qu'il a rencontré dans la pachydermie laryngée.

Mais il s'agit là de faits bien connus, et nous ne pouvons nous y arrêter. Nous insisterons plus spécialement sur deux de nos observations.

Dans l'une, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans, employé de commerce, ayant la voix enrouée depuis quatre ans, à la suite, dit-il, d'un refroidissement. L'examen du nez est négatif, mais nous trouvons la paroi postérieure du pharynx recouverte de mucosités purulentes, très abondantes. Le malade ne fume pas et ne fait pas d'excès alcooliques. La paroi postérieure du larynx montre une rougeur diffuse; la corde vocale droite est le siège d'une tuméfaction assez marquée au niveau de son insertion apophysaire. La muqueuse est en ce point rouge et lisse. A la région interaryténoïdienne se continuant avec la tuméfaction de la corde droite, on note une masse du volume d'un petit pois à contours se confondant progressivement avec les parties voisines de coloration rouge intense, à surface finement mamelonnée.

Le long du bord libre de la corde vocale droite, dans son tiers postérieur, on voit une vascularisation assez marquée qui fait suite à la tuméfaction notée au niveau du processus vocal; la corde semble comme bordée par une néomembrane vasculaire.

Le traitement institué contre la pharyngite amène la disparition presque totale des sécrétions muco-purulentes, mais l'enrouement persiste. Les mouvements des cordes sont libres et l'occlusion de la glotte complète. Les attouchements au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, les fortes frictions avec l'acide lactique restent sans effet.

Après badigeonnage avec la cocaïne, nous portons la pince

coupante dans le larynx, et nous enlevons la plus grande partie des tissus hypertrophiés. Insufflation d'iodoforme.

La plaie se cicatrisa rapidement, la voix devint plus nette. Comme il restait encore une excroissance à la région interaryténoïdienne, nous la sectionnons dans une seconde opération.

Quinze jours après, l'état du larynx était absolument modifié. C'est à grand'peine s'il était possible de reconnaître la trace de l'excision des parties tuméfiées. Les cordes avaient leur mobilité, et la partie postérieure du larynx, sauf un léger degré de congestion, était à peu près normale.

La voix, sans être parfaite, était infiniment meilleure. Encore un peu voilée, elle était cependant parfaitement acceptable. Nous avons prescrit alors à notre malade de l'eau sulfureuse à l'intérieur. Depuis lors (trois mois), son état s'est maintenu satisfaisant.

Le second cas est plus banal. Chez un étudiant de vingt-sept ans, fumeur, quelque peu buveur, nous trouvâmes en dehors d'une légère rougeur du pharynx et du larynx, une production saillante, rougeâtre, du volume d'une lentille siégeant sur la corde droite, à quelques millimètres de son insertion aryténoïdienne, avec vascularisation de la partie postérieure de la corde vocale gauche. Celle-ci ne présentait pas de dépressions, et nous attribuons ce fait à l'existence facilement constatable au miroir d'une espèce de chevauchement des parties postérieures des cordes. La partie tuméfiée de la corde vocale droite venant se placer au-dessus de la corde gauche dans les mouvements d'adduction. Les symptômes laryngés, l'enrouement notamment, qui datait de plus de deux ans et devenait de plus en plus marqué, s'atténuèrent considérablement après l'ablation de la partie tuméfiée avec la pince coupante.

L'aspect de la tumeur, l'état du larynx et enfin l'examen histologique démontrèrent que l'on n'avait pas affaire à un polype, mais au processus décrit par Virchow sous le nom de pachydermie, verruqueuse à une forme hyperplasique de laryngite chronique.

Ainsi, et c'est ce que nous voulons retenir de ces deux cas, la laryngite chronique peut, à la partie postérieure des cordes et à la région interaryténoïdienne, être constituée par des lésions hyperplasiques, pachydermiques, qui entraînent des troubles profonds de la voix.

Lorsque l'hyperplasie du chorion muqueux est marquée

et que le processus siège sur les cordes inférieures, on a alors affaire à la chordite hypertrophique des anciens auteurs, ou, si les cordes deviennent noueuses sur leurs bords, à la chordite tubéreuse de TURCK, au trachome des cordes vocales dont la lésion dominante serait l'hypertrophie du tissu conjonctif (WEDL). Les bandes ventriculaires sont moins fréquemment atteintes que dans la tuberculose, on les a vues cependant fortement tuméfiées (1).

Si les lésions envahissent la partie postérieure du larynx ou s'étendent même davantage, on se trouve en présence de la laryngite hypertrophique diffuse (CRUVEILHIER (2), MANDL (3), VOGLER (4), ARIZA (5), LEWIN, RUHLE, KRISHABER et PETER, D. NEWMAN (6), DARIER (7), LUC (8), etc., etc.) dont il faut rapprocher certaines formes de laryngites dites sous-muqueuses (V. ZIEMMSEN, GOTTSTEIN).

Lorsque les lésions se limitent exclusivement ou tout au moins sont surtout marquées au niveau de la région des processus vocaux, c'est-à-dire vers la partie postérieure des cordes, on a la *pachydermie typique* de SOMMERBRODT. Mais dans la plupart des cas la région interaryténoïdienne est prise en même temps.

(1) LEWIN (*Virchow's Archiv.*, Bd XXIV, 429) prétend avoir souvent trouvé les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés, notamment chez les prédicateurs qui emploient les tons graves en parlant, l'épiglotte s'abaissant alors sous l'action des fibres musculaires contenus dans les replis ary-épiglottiques ; cette lésion n'a guère été retrouvée (V. ZIEMMSEN, M. MACKENZIE et GOTTSTEIN) ; elle s'observe au contraire fréquemment chez les tuberculeux.

(2) CRUVEILHIER. *Traité d'anat. path.*, T. V.

(3) MANDL. *Gaz. des Hôpitaux*, 29-31 mai 1862, p. 249-313 et 1861, p. 49-117.

(4) VOGLER. Z. Diagnostik u. Behandlung d. chronische Laryngitis. (*Deutsche Klinik.*, 1863.)

(5) ARIZA. Laringitido hipertrofica benigna-observaciones de sus variedades supra e infraglottica. (*Instituto de terapeutica operatoria*, T. V., *Madrid*, 1885.)
Ariza traite surtout des cas de laryngite hypertrophique diffuse avec injection do la muqueuse sans granulations, sans polypes, avec sécrétion muqueuse peu abondante ou nulle.

(6) D. NEWMAN. Two lectures on chronic laryngitis and chr. pharyng. Their pathol. symptoms and treatment. (*Brit. med. Journ.*, 4-11 july 1885.)

(7) DARIER. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. *Soc. Anatom.*, 1888. (Il y avait la syphilis dans les antécédents de ce malade.)

(8) LUC. *Loc. cit.*

Nous avons insisté plus haut sur la nature, le siège et l'aspect des lésions. Nous n'en dirons donc ici que quelques mots. C'est B. Fränkel qui en a donné la première description clinique ; nous avons déjà rappelé qu'il ne s'agissait pas, d'ailleurs, de faits absolument inconnus antérieurement aux laryngologistes (Stoerk, Schoetz, etc.).

Les tuméfactions sont le plus souvent bilatérales. Elles ont parfois une coloration grisâtre à la lumière solaire (Virchow, Meyer). Elles n'empêchent pas l'occlusion de la glotte, la tuméfaction d'un côté se logeant dans une dépression de la corde opposée. L'enrouement n'est nullement constant (Meyer). Très ordinairement la tuméfaction siège à droite, la dépression à gauche ((Sommerbrodt) ; celle-ci, lorsqu'elle est recouverte de mucus, simule assez bien une ulcération.

La région aryténoïdienne est ordinairement inégale, verruqueuse, légèrement boursouflée et présente quelquefois des fissures. La parésie des dilatateurs de la glotte est assez commune (B. Fränkel, Meyer). On a noté aussi plusieurs fois un sentiment de pression au niveau du cou, et de la dysphagie, surtout dans les cas d'ulcérations.

La partie antérieure des cordes reste normale. La marche de l'affection est très lente. Les causes d'irritation (excès de parole, alcool, poussière, etc.) y déterminent facilement des processus inflammatoires (Heryng). Toutes les observations publiées jusqu'ici se rapportent à des hommes.

Schadewaldt considérant que les lésions décrites par Virchow étaient bien connues des laryngologistes, que le nom de pachydermie semble indiquer l'existence d'un processus spécial, propose le nom de chordite postérieure hypertrophique. Nous ne saurions mieux faire que d'adopter l'expression de Schadewaldt pour désigner cette variété de laryngite chronique, d'autant plus qu'elle a cet avantage d'être à la fois ancienne (Bergson), d'exprimer bien la localisation et l'aspect du processus.

Heryng préfère l'expression de laryngite desquamative de la région aryténoïdienne.

Nous avons insisté un peu sur cette localisation de la

laryngite, chronique en raison des recherches qu'elle a provoquées dans ces derniers temps. Elle semble assez fréquente et peut-être faut-il en chercher la raison dans ce fait, que dans les efforts de phonation la région des processus vocaux supporte la plus haute pression, d'où anémie momentanée (HERYNG). HUHNERMANN invoque, en outre, l'ossification précoce de l'apophyse vocale de l'aryténoïde, qui a été signalée plusieurs fois; mais on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un processus secondaire.

Nous avons indiqué le processus anatomique des *productions verruqueuses*, *pseudo-papillaires*, *polypoïdes*, qui s'observent dans les laryngites chroniques, surtout dans la région aryténoïdienne (productions verruqueuses) et chordale (productions polypoïdes). Une de nos observations se rapporte à cette variété de pachydermie verruqueuse (VIRCHOW). Rarement uniques, ces productions ont habituellement un large pédicule ; elles sont constituées, comme nous l'avons vu, par un tissu fibreux plus ou moins dense, quelquefois par un tissu conjonctif plus jeune : les papilles sont nombreuses et souvent très développées; le revêtement épithélial y acquiert un développement souvent énorme. Leur surface est tantôt lisse, tantôt, et le plus souvent, finement mamelonnée; leur coloration est grisâtre, jaunâtre, terne; d'autres fois, au contraire, d'un rouge plus ou moins vif ; leur grosseur dépasse rarement le volume d'un petit pois. Cependant, dans quelques cas où l'hyperplasie conjonctive est marquée, les tumeurs peuvent acquérir une grosseur plus grande. Elles ont alors une coloration rouge plus sombre.

Elles siègent d'ordinaire sur les cordes vocales inférieures, au niveau des bords libres ; mais elles peuvent aussi se développer en d'autres points.

Nous ne dirons que quelques mots des *ulcérations* fissuraires de la région postérieure du larynx, qui sont assez communes dans les formes de laryngite chronique avec état pachydermique très accusé; signalées depuis longtemps et décrites par MM. ZIEMMSEN, MORELL-MACKENZIE, STÖRK a parfaitement indiqué leur siège et leur aspect en forme de sillon

épithélial s'enfonçant entre deux petites plicatures s'élevant seulement un peu au-dessus du niveau de la muqueuse. Ces fissures sont assez douloureuses ; elles déterminent quelquefois des douleurs pongitives (SANDMANN), mais plus souvent une sensation de chatouillement, et provoquent la toux. HERYNG a noté des stries de sang provenant de l'ulcération dans l'expectoration. Elles causent souvent de la *dysphagie,* qui serait un symptôme très commun dans la pachydermie laryngée, d'après B. FRAENKEL.

Elles sont très tenaces, et ne cédèrent dans un cas de SANDMANN qu'à l'emploi de la curette tranchante.

Quelquefois les ulcérations envahissent la profondeur et déterminent des lésions du cartilage. Ces faits, déjà signalés par MORELL-MACKENZIE et ZIEMMSEN, ont été bien étudiés par VIRCHOW, HUNERMANN, LANDGRAF, FRAENKEL, KRAKAUER, KANTHACK, etc. Dans un cas de KRAKAUER, il y eut même élimination d'un aryténoïde. Pour LANDGRAF, c'est la périchondrite qui cause les troubles de déglutition et les accès de suffocation qu'on a notés plusieurs fois.

Ces ulcérations s'accompagnent souvent d'une inflammation catarrhale assez vive, avec rougeur des cordes vocales et sécrétion abondante de mucosités.

KANTHACK, qui a étudié ces faits avec soin, a montré que l'épithélium pouvait pénétrer profondément et arriver jusqu'au voisinage du périchondre. Dans ces cas, l'examen d'un fragment de muqueuse retiré par la voie endolaryngée ne pourra souvent pas renseigner exactement sur la nature du processus. L'atypie des cellules se voit dans la métaplasie épithéliale comme dans le cancer, et l'on a surtout comme élément de diagnostic la présence de masses épithéliales indépendantes dans le tissu conjonctif, qui ne s'observent que dans le cancer (VIRCHOW, KANTHACK), dans lequel l'état pachydermique de la muqueuse s'observe le plus souvent.

Les auteurs (ZIEMMSEN, M. MACKENZIE, GOTTSTEIN, B. FRAENKEL, MEYER) signalent fréquemment des *troubles de la motilité* du larynx. Ces troubles doivent être répartis en plusieurs catégories : dans un premier groupe de faits l'occlusion glottique se trouve gênée par la présence de tuméfactions, soit

des cordes, soit de la région aryténoïdienne. Le fait est assez rare, la glotte pouvant d'ordinaire se fermer totalement par une sorte d'emboîtement ou de chevauchement des parties saillantes. Nous avons déjà noté ce fait. Dans un second groupe, il faut ranger les troubles dus à l'altération de la motilité par le fait de l'hyperplasie de la muqueuse et de l'extension du processus aux muscles sous-jacents. Nous avons observé un fait qui semblait relever de ce mécanisme pathogénique. Les fibres transversales du muscle ary-aryténoïdien et celles du thyréo-aryténoïdien étant les plus superficielles, ces muscles sont les plus habituellement lésés, d'autant mieux que nous avons vu que le processus morbide se localisait de préférence sur la muqueuse qui les recouvre presque sans interposition, surtout à la partie médiane inter-aryténoïdienne, où les glandes pénètrent jusqu'entre les fibres musculaires. Il en résulte, soit un défaut de tension des rubans vocaux, soit une béance postérieure de la glotte suivant le muscle intéressé.

Mais les troubles moteurs sont ici infiniment plus rares que dans les laryngites aiguës, où ils font en quelque sorte partie intégrante du tableau symptomatique.

On a noté encore des parésies unilatérales dues vraisemblablement à une cause analogue, qui se caractérisent par une moindre amplitude des mouvements d'abduction et d'adduction de la corde lésée et une suractivité fonctionnelle compensatrice de la corde saine. (V. ZIEMMSEN, GOTTSTEIN [1]).

Enfin B. FRAENKEL et MEYER ont vu plusieurs fois dans la pachydermie laryngée une parésie des dilatateurs se traduisant par une abduction insuffisante des cordes et pouvant même amener une certaine gêne respiratoire. S'agit-il d'un processus myopathique, arthropathique ou nerveux? il s'en faut que l'on soit d'ores et déjà fixé sur ce point.

Avant de terminer, nous croyons devoir encore examiner une question qui a bien son intérêt, à savoir les rapports de l'angine, dite granuleuse ou glanduleuse par les auteurs, décrite par TURCK, MANDL, LEWIN, RUHLE, CZERMAK, et admise un

(1) GOTTSTEIN. *Maladies du larynx*. Traduction française 1888, p. 98 et suiv.

peu théoriquement, il est vrai, par TROUSSEAU, par CHOMEL, par GUENEAU DE MUSSY; on en trouvera de bonnes descriptions dans les leçons de MANDL, dans les articles de KRISHABER et PETER (Dictionnaire encyclopédique) et de BŒCKEL (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique) dans le traité de MORELL-MACKENZIE, etc.

L'étiologie serait celle de la laryngite chronique en général, avec cette particularité, qu'elle se développerait d'ordinaire d'emblée et qu'elle succèderait ordinairement à un exercice immodéré de la voix, amenant une hyperactivité des glandes et consécutivement leur hypertrophie. Elle coexisterait habituellement avec la pharyngite granuleuse. Les granulations qui peuvent siéger un peu partout s'observeraient surtout dans les régions aryténoïdiennes riches en glandes.

Quelques-unes de nos observations rappellent par certains détails la laryngite granuleuse ou glanduleuse des auteurs, mais l'examen histologique ne nous a pas montré d'hypertrophie glandulaire. En outre, nous devons ajouter que beaucoup de laryngologistes contestent aujourd'hui l'existence même de cette variété de laryngite. Il est certain que la laryngite chronique coexiste fréquemment avec l'angine granuleuse, mais, pour identifier les deux processus, il faudrait d'autres preuves. Même ceux qui admettent l'existence de la laryngite glanduleuse accordent qu'il ne s'agit pas, anatomiquement parlant, d'un même processus (KRISHAHER). Pour notre part, nous n'avons jamais rencontré de granulations laryngées *caractéristiques*, et nous croyons que cette variété de laryngite doit se confondre le plus souvent avec la laryngite chronique ordinaire dans laquelle on constate, en effet, parfois des hypertrophies glandulaires (V. ZIEMMSEN, CORNIL et RANVIER).

GOTTSTEIN (1) fait remarquer qu'il ne se produit pas autour des glandes hypertrophiées l'accroissement rapide du tissu lymphatique de la muqueuse comme dans la pharyngite. Il regarde ces mamelons, « ces points rouges » comme des

(1) GOTTSTEIN. *Maladies du larynx*. Trad. française, p. 102, 1888.

productions papillomateuses, qui deviendraient souvent des polypes.

B. FRAENKEL (1) a tenté dernièrement de réhabiliter la laryngite glanduleuse, telle que la comprenaient KRISHABER et PETER, et il explique ainsi le développement des nodules des chanteurs dont la disposition ordinairement symétrique le long du bord libre des cordes est si caractéristique. Ces granulations très ordinairement bilatérales *secrèteraient*, elles siègent habituellement au-dessous du bord libre. Elles sont plus communes chez les femmes et déterminent parfois de l'enrouement et de la dysphagie. Quelquefois, cependant, elles auraient une influence favorable sur l'émission des notes très aiguës, en obturant plus complètement la glotte. KANTHACK (2) pense, au contraire, en se basant sur l'examen histologique de ces nodosités, qu'il s'agit simplement d'une accumulation de cellules épithéliales. On les a aussi considérées comme de petits fibromes (STÖRK, M. MACKENZIE).

FRAENKEL attribue encore une origine glandulaire aux nodosités et aux granulations qui, chez les enfants, provoquent de l'enrouement vers l'époque de la puberté.

VI

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

Nous avons étudié spécialement au point de vue de ce travail, 11 cas de laryngite chronique chez des sujets ni tuberculeux, ni syphilitiques, ni cancéreux ; ce nombre paraîtra peut-être insuffisant, mais nous ferons remarquer que nous pourrions au besoin apporter des documents *bien plus nombreux*, si nous ne préférions, en l'absence de détails *absolument précis*, nous abstenir de les faire entrer ici en ligne de compte. En outre, nous nous appuyons sur l'étude histologique d'un certain nombre de larynx, recueillis à l'autopsie

(1) B. FRAENKEL. Pathologische Bedeutung der Stimmbanddrüsen. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 43, p. 941, 28 octobre 1889.

(2) KANTHACK. *Loc. cit.*

dans les conditions les plus variées, et provenant le plus souvent de sujets n'ayant pas présenté de symptômes bien accusés, pendant leur vie, du côté du larynx.

Dans ces 11 cas, trois fois il y avait coexistence de lésions pharyngo-nasales, deux fois nous avons noté des lésions nasales, deux fois il existait seulement une lésion chronique du rétro-pharynx, une fois le tissu adénoïde de la gorge, y compris les amygdales, était le siège d'une inflammation chronique, dans les trois autres cas, les lésions des organes voisins étaient minimes, en quelque sorte négligeables.

Au point de vue de l'âge, notre malade, le plus jeune, avait 22 ans, le plus âgé 56. Dans tous les cas, il s'agissait d'hommes. Ces faits sont du reste parfaitement d'accord avec les statistiques des auteurs qui montrent la plus grande fréquence de la laryngite chronique dans l'âge moyen et chez l'homme (1). On n'a encore observé la pachydermie typique que chez l'homme (Sommerbrodt, Meyer).

Quatre de nos malades étaient des étudiants fumant beaucoup, buvant un peu; chez cinq autres, nous avons noté des excès alcooliques, un d'eux était marchand ambulant et fatiguait beaucoup sa voix.

Nous n'avons pas constaté, comme Sommerbrodt, l'influence de l'habitation dans un milieu humide; l'influence des excès de parole et du refroidissement (Heryng) existait chez notre dernier malade.

Chez 5 de nos malades on pouvait invoquer l'alcoolisme et comme facteur prédominant au moins chez deux d'entre eux.

Quatre malades avaient eu plusieurs laryngites aiguës et deux rattachaient leur enrouement à un catarrhe aigu antérieur du larynx. Il n'est pas absolument démontré qu'il n'ait pu s'agir d'une poussée aiguë chez des sujets dont le larynx était déjà touché.

(1) Nous avons trouvé des lésions de laryngite chronique chez un sujet de 15 ans, ayant succombé à des lésions sarcomateuses secondaires du poumon, qui n'avait présenté aucun trouble laryngé pendant le temps de l'observation et n'avait pas été examiné à ce point de vue pendant la vie. Rappelons que Kanthack a trouvé des altérations assez étendues dans le larynx de deux enfants, morts dans leur première année.

Nous n'avons pas trouvé habituellement de relation bien nette avec l'état de la nutrition générale que l'on désigne généralement sous le nom d'arthritisme, bien que deux des étudiants que nous avons eu à soigner en présentassent d'une façon manifeste les principaux attributs. Aussi croyons-nous qu'il ne faudrait pas repousser l'influence de ces troubles de la nutrition d'une façon absolue, ne serait-ce qu'au point de vue de la préparation du terrain.

Il faut sans doute aussi tenir compte de l'action des maladies antérieures à détermination laryngée.

Le mode d'action des causes mécaniques se comprend facilement, il s'agit d'une sorte de traumatisme direct (alcool, fumée du tabac, poussières irritantes). Il faut voir là une des raisons de la fréquence de la laryngite chez l'homme, etc. C'est par un procédé analogue que s'expliquent le plus souvent les lésions laryngées si fréquentes, consécutives aux affections pharyngo-nasales (1), les mucosités tombant dans le larynx, suivant pour cela la paroi postérieure du pharynx, et s'accumulant surtout à la partie postérieure (2).

On a encore invoqué la propagation de proche en proche des processus inflammatoires, et dans certains cas une véritable action réflexe pour expliquer les troubles laryngés consécutifs aux altérations du nez et du pharynx.

Dans ce dernier cas, la voix peut être plus ou moins profondément modifiée, alors que l'état du larynx est normal.

C'est ainsi qu'on peut expliquer les bons résultats obtenus en pareille circonstance par la résection de la luette, trop longue. Néanmoins, certains auteurs (Stokes, Gottstein) regardent cette trop grande longueur de la luette comme une cause fréquente de catarrhe laryngé. Comme V. Ziemmsen, Morell-Mackenzie est plus réservé et se rangerait volontiers à

(1) Certains troubles de la voix qui se produisent au moment de la puberté (mue de la voix) ont aussi souvent leur explication dans une lésion pharyngo-nasale. Nous avons vu que pour B. Fraenkel, il s'agissait dans ces cas d'une lésion glandulaire. M. Mackenzie admet une congestion marquée des rubans vocaux.

(2) Peut-être dans ces cas y a-t-il intervention des microorganismes. Heryng avait déjà émis cette hypothèse à propos de certaines formes de pachydermie.

l'opinion de Rühle, pour qui l'allongement de la luette et le catarrhe laryngé sont les effets d'une même cause, la laryngite chronique.

Ajoutons en terminant que la laryngite peut être secondaire à une laryngite aiguë de nature variable et à différents processus laryngés.

Nous ne saurions insister plus longtemps sur ce sujet de l'étiologie que nous ne prétendons nullement traiter ici avec tout le soin qu'il mériterait.

VII

DIAGNOSTIC

Dans les affections à caractères anatomiques et cliniques bien tranchés, le diagnostic ressort naturellement de la simple description de la maladie. Il n'en va pas de même lorsque le processus en question a des causes aussi diverses, un aspect aussi peu spécial, des lésions aussi peu individualisées, que la laryngite chronique.

Il ne suffit pas, en effet, d'établir l'existence d'une maladie, il faut encore se demander s'il est possible de la reconnaître d'après son signalement propre et non pas seulement par voie d'exclusion.

Il faut avouer que la chose est souvent fort délicate et demande une longue expérience et un grand tact clinique. C'est là ce qui ressort des travaux de tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Une des raisons qui contribuent le plus à augmenter les difficultés du diagnostic, c'est cette notion, depuis longtemps établie, que la plupart, sinon toutes les affections du larynx à marche lente peuvent déterminer, à un moment donné de leur évolution, de l'inflammation chronique du larynx qui ne revêt pas, en la circonstance, de caractères spéciaux.

Avant tout, pour nous orienter, rappelons l'évolution de la laryngite chronique. Simple lésion épithéliale dans les formes légères, elle peut se caractériser par des altérations complexes du revêtement épithélial et du chorion muqueux

(métaplasie, transformation épidermoïdale, hyperplasie conjonctive).

Elle comprend ainsi, comme une de ses variétés, la pachydermie typique de SOMMERBRODT et des auteurs allemands. C'est donc à tort, suivant nous, qu'on a cherché à établir une ligne de démarcation entre la laryngite chronique et la pachydermie. La tuméfaction de la région des processus vocaux ne caractérise pas la pachydermie : cette tuméfaction peut faire défaut dans des cas de pachydermie type, elle constitue seulement un des éléments du processus (KANTHACK). Les recherches d'HERYNG, celles plus récentes de KANTHACK et de plusieurs autres auteurs sont d'accord avec les nôtres, déjà exposées en partie dans le traité de la « Phtisie laryngée (1). D'ailleurs, SOMMERBRODT déclare lui-même qu'il est assez difficile au début de distinguer la laryngite chronique de la pachydermie. Il donne surtout comme élément différentiel l'aspect des lésions, coïncidant avec l'intégrité à peu près complète du reste des cordes. Mais la plupart des auteurs reconnaissent la fréquence du catarrhe chronique concomitant. (B. FRAENKEL, LANDGRAF, etc.)

Il est parfois assez délicat de séparer la tuberculose de la laryngite chronique. Néanmoins, la question ne peut se poser qu'au début. Les ulcérations tuberculeuses ne rappellent que de bien loin les fissures de la laryngite pachydermique.

L'aspect inégal; avec excroissances polypiformes de la région inter-aryténoïdienne doit faire songer à la tuberculose.

L'absence de lésions pulmonaires appréciables ne saurait faire rejeter ce diagnostic, les altérations de la région aryténoïdienne pouvant être très précoces et précéder pendant des mois tous les autres symptômes de tuberculose.

D'autre part, les auteurs déclarent que rien n'est plus fréquent que cet état inégal, mamelonné, de la région inter-aryténoïdienne, à la suite des affections rhino-pharyngées, et des différentes causes d'irritation laryngée. Le tiraillement

(1) GOUGUENHEIM et TISSIER. *Loc. cit.*

que subit la région dans les quintes de toux suffirait à la produire. (Heryng.)

A cela nous répondrons que déjà, à l'état normal, la région inter-aryténoïdienne présente certaines inégalités, dues à la présence de plicatures et de sillons à direction générale longitudinale surtout manifestes dans la demi-occlusion glottique. Sous l'influence de la contraction des fibres transversales superficielles du muscle ary-aryténoïdien auxquelles elles sont unies par un tissu cellulaire lâche, l'aspect s'exagère et s'accuse sous l'influence de toute irritation mécanique, mais il n'arrive jamais à donner l'impression d'une muqueuse inégale recouverte de petites granulations grisâtres, pâles, peu consistantes, telles qu'on les observe dans la tuberculose. D'ailleurs nous sommes convaincus qu'on ne saurait être trop circonspect en la matière et toutes les fois qu'il existe un état analogue de la région inter-aryténoïdienne, il faut savoir réserver le pronostic.

De même que plus d'un cas publié autrefois sous le nom de laryngite chronique appartient à la tuberculose, de même certaines observations de pachydermie nous semblent devoir être rapprochées des formes scléro-végétantes, ou mieux scléro-papillaires de la tuberculose laryngée.

L'évolution de ces lésions étant remarquablement lente, il faut se garder de porter un jugement hâtif. Nous avons examiné à l'autopsie le larynx de nombreux sujets morts de phtisie pulmonaire sans troubles laryngés et nous avons bien des fois constaté cet aspect de la région inter-aryténoïdienne, qui faisait défaut chez les sujets morts d'autres affections. Il n'est pas illogique de voir dans ces lésions une forme de réaction de la muqueuse laryngée vis-à-vis des micro-organismes contenus dans les crachats qui s'arrêtent volontiers à la région inter-aryténoïdienne.

D'autre part, il est certain que la tuberculose détermine des lésions irritatives chroniques, qui n'en dérivent que d'une façon indirecte. C'est ainsi que s'expliquent sans doute la fréquence des lésions pachydermiques de la muqueuse dans la tuberculose chronique du larynx. Ces lésions n'ont ici rien de spécifique, et de même que dans la laryngite chro-

nique simple, elles peuvent causer des tuméfactions et amener le développement de productions papillaires, de polypes, qui ont été décrits par différents auteurs.

Ceux-ci, répétons-le, n'ont aucun lien direct avec le bacille tuberculeux, à l'encontre des productions polypoïdes qui constituent une forme si typique et si caractéristique de tuberculose laryngée primitive, ainsi que nous l'avons établi avec M. le Dr Gouguenheim.

Nous nous bornons à mentionner cette forme particulièrement intéressante car elle ne présente aucune difficulté de diagnostic, à la condition de ne pas confondre les polypes tuberculeux qui la caractérisent avec les productions polypeuses tuberculeuses ou non décrites par Ariza, Foa, Percy-Kidd, etc., ce que font beaucoup d'auteurs, qui nous ont sans doute mal lus ou mal compris.

Les différentes espèces de polypes laryngiens seront faciles à distinguer de la forme verruqueuse de la laryngite chronique, dans la majorité des cas, tout au moins. Néanmoins, certaines observations de papillomes du larynx se rapportent incontestablement à la laryngite chronique. On s'appuiera surtout sur l'état de la muqueuse, le siège des productions papillomateuses, leur tendance à la récidive, désespérante dans certains cas.

Les affections syphilitiques secondaires de la muqueuse laryngée ne sauraient être confondues avec la laryngite chronique, même au moment de poussées aiguës ou plutôt subaiguës qui s'y observent parfois. Les laryngites tertiaires ont une marche plus rapide, le siège des tuméfactions, des hyperplasies est généralement différent, les ulcérations ont des caractères spéciaux et aboutissent à la production de cicatrices, à peu près caractéristiques. Dans les cas douteux, le traitement servira de pierre de touche.

On a agité plus souvent la question du diagnostic de la forme pachydermique avec le carcinome. Il est hors de doute que par certains caractères anatomiques et cliniques les deux processus ont plus d'un rapport. Nous avons traité plus haut la question du diagnostic anatomique. Au point de vue clinique, on se basera sur la localisation du processus

vers la région des processus vocaux, sur la bilatéralité des lésions, sur l'absence de troubles précoces de la motilité (1), sur la présence d'une dépression au centre de la tuméfaction pachydermique, dans le cas de lésions bilatérales, dépression surtout marquée d'un côté sur la lenteur de l'évolution, etc.

Le problème se complique si l'on admet que la pachydermie qui accompagne souvent le cancer peut le précéder et en préparer l'évolution. Mais la plupart des auteurs font des réserves sur ce dernier point et il faut, dans l'état actuel de nos connaissances, s'en tenir à l'opinion de VIRCHOW, qui n'admet pas cette transformation.

VIII

DE QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES LARYNGITES CHRONIQUES.

Nous croyons qu'aujourd'hui on ne saurait rester désarmé vis-à-vis des formes graves de laryngite chronique, atteignant les cordes vocales et troublant plus ou moins la phonation.

La première indication, indication capitale, sera de s'adresser tout d'abord à la cause productrice, chaque fois que la chose sera possible et pour cela on soignera tout d'abord les lésions qui peuvent exister du côté du nez, du rétro pharynx ou de la gorge.

Cette indication remplie, quels sont les moyens dont nous disposons vis-à-vis des lésions laryngées? Les astringents, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'iode, l'acide lactique donnent des résultats à peu près négatifs. V. ZIEMSSEN recommande surtout le tanin en solution à 1/100 et le nitrate d'argent en nature ou en solution concentrée. GREEN préconise le nitrate d'argent, MORELL-MACKENZIE le chlorure de zinc, le tanin et la glycérine phéniquée dans les cas tenaces avec diminution des sécrétions, GOTTSTEIN les solu-

(1) Ce dernier caractère n'aurait cependant pas une très grande valeur, si nous nous rappelons que FRAENKEL et MEYER signalent la fréquence des parésies musculaires dans la pachydermie.

tions de nitrate d'argent de 4 à 10 0/0 et le tanin à 10 0/0 en solution dans la glycérine. L'iode a échoué entre les mains de Stœrk, de Gottstein, de Schœtz, etc. L'électricité a de rares indications (V. Ziemmsen). Heryng emploie les solutions faibles de nitrate d'argent, Meyer préconise l'iodure de potassium à l'intérieur. Landgraf a guéri trois malades par une cure d'eaux sulfureuses. B. Fraenkel donne l'iode à l'intérieur et insiste beaucoup aussi sur l'emploi des eaux sulfureuses. Krakauer a eu des succès avec les inhalations de tanin et les cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Mais l'expérience de tous les jours montre le peu de fond qu'il faut faire sur l'action de ce mode de traitement.

On a déjà agité plusieurs fois la question du traitement chirurgical, qui donne de si beaux résultats dans les formes scléro-végétantes, c'est-à-dire pachydermiques de la tuberculose laryngée.

Sommerbrodt croit dangereux l'emploi de la galvano-caustique et de la curette, dans la crainte de voir les lésions prendre un caractère de mauvaise nature et évoluer vers l'épithéliome. Cette crainte est-elle fondée? Nous ne le croyons pas. L'application de la pince coupante produit un traumatisme assez léger, les caustiques ne pourraient-ils pas à plus forte raison être accusés de la même influence nocive.

La grande statistique, élaborée par les soins de Semon, nous a montré que cette transformation de processus irritatifs en processus cancéreux, était au moins exceptionnelle et la crainte de Sommerbrodt nous paraît exagérée.

Lorsqu'on se trouve, dans une autre région de l'économie, susceptible de devenir le siège d'un néoplasme, en présence d'une lésion chronique irritative, l'indication est d'enlever au plus vite le tissu malade, pourquoi n'en serait-il pas de même pour le larynx?

En outre, nous devons dire immédiatement que les résultats obtenus dans plusieurs cas ont tellement dépassé notre attente, que nous croyons absolument préférable d'enlever d'un seul coup, par une section nette, les tissus malades, plutôt que de les irriter par des attouchements astringents

ou caustiques, qui doivent être très longtemps et très souvent répétés, si l'on veut arriver à quelque résultat.

Encore devons-nous dire que l'on a pour ainsi dire exceptionnellement des succès complets par cette méthode, lorsque les lésions ont atteint un certain degré.

Nous nous sommes servis dans ce but de la pince coupante de M. le docteur Gouguenheim, qui nous paraît être l'instrument de choix, toutes les fois qu'il existe une hyperplasie limitée, surtout à la région postérieure des cordes. Dans le cas de laryngite hyperplasique diffuse, surtout marquée à la région postérieure du larynx, l'emploi de l'emporte-pièce de Krause donnera de bons résultats. On pourra aussi utiliser, à l'exemple de Sandmann et de M. Luc (1) la curette de Heryng. Schoetz se borne à traiter le catarrhe et, dans les cas rebelles seulement, intervient chirurgicalement. La récidive serait assez commuue après l'intervention (B. Fraenkel). Il est bon de recommander le silence au malade après l'intervention opératoire. Mais est-il bien nécessaire de demander un silence *absolu?* D'après ce que nous avons vu dans la laryngite chronique et dans les autres processus justiciables du traitement chirurgical, nous croyons que cette précaution, dictée par la crainte d'irriter la muqueuse, est au moins exagérée.

Dans les formes légères de laryngite chronique, dans les formes graves pour achever la guérison, il peut être indiqué de s'adresser aux pansements intra-laryngés et, à ce point de vue, nous avons obtenu de bons résultats avec le chlorure de zinc et, dans certains cas, avec le menthol, si utile dans les formes aiguës.

Mais le médicament qui nous a donné de beaucoup les meilleurs résultats est le naphtol camphré, porté en nature au niveau des points malades. Il faut avoir soin d'exercer une friction assez énergique. L'application est peu douloureuse et ne détermine un léger spasme que lors des premiers pansements. L'attouchement, répété deux fois pas semaine, amène une amélioration très rapide de l'état local de la mu-

(1) Luc. *Loc. cit.*

queuse et donne des résultats absolument remarquables au point de vue du retour de la voix.

Lorsque la muqueuse laryngée se trouve modifiée par les applications de naphtol camphré, il est souvent préférable de terminer le traitement par des attouchements avec une solution assez concentrée de chlorure de zinc.

Il ne faut pas compter beaucoup sur les médicaments internes, néanmoins on se trouve souvent bien d'administrer des substances qui, agissant sur la sécrétion du mucus, peuvent calmer les sensations désagréables que certains malades accusent au niveau du larynx.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici en détail les indications des cures thermales sulfureuses ou autres ni le mode d'action des eaux sulfureuses prises à l'intérieur. Leur action est incontestable dans certains cas et on obtiendra souvent ainsi des améliorations sérieuses (V. ZIEMMSEN, B. FRAENKEL, LANDGRAF, etc.), dont nous avons maintes fois constaté la réalité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARIZA. Laringitide hipertrofica benigna etc. (*Instituto de terapeutica operatoria*, t. V. *Madrid*, 1885.)

BARTH. *Section d'otologie du congrès de Berlin*, 1890.

BERGENGRÜN. Verruca dura lariugis. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXVIII.)

O. CHIARI. *Congrès de Berlin*, 1890.

CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*, t. II.

COYNE. *Thèse de Paris*, 1874.

CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathol.*, t. IV.

DARIER. *Soc. anatomique*. 1888.

DOLÉRIS. Recherches sur la tuberculose du larynx. (*Archives de Physiologie norm. et pathologique*, 1877.)

FÖRSTER. *Lehrbuch d. patholog. Anatomie*, Iéna, 1864.

B. FRAENKEL. *Berliner klin. Wochenschrift*, n°s 1-6, 1889 et n°s 10-11, 1889.

B. FRAENKEL. Pathologische Bedeutung d. Stimmbanddrüsen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 941, n° 43, 28 octobre 1889.)

GOTTSTEIN. *Maladies du larynx*, Paris, 1888.

GOUGUENHEIM et TISSIER. *Phtisie laryngée*, p. 125 et suiv., Paris, 1889.

HERYNG. *Die Heilbarkeit d. Larynxphtisie*. Stuttgart, 1887 et trad. française.

HEYMANN. Beitrag z. Kenntniss d. Epithel u. d. Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXVIII.)

HUNERMANN. Uber Pachydermie u. Gechwürsbildung a. d. Stimmb. (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1881.)

JÜRGENS. *Charité Aertz. Gesellschaft*, 1889.

KANTHACK. Studien üb. d. Histologie d. Larynxschleimhaut, u. s. w. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXIX, Heft 2 et Bd CXX, Heft 2, 1890.)

KRAKAUER. *Berl. klin. Woch.*, n° 10, 10 mars 1889.

Krishaber et Peter. Art. Larynx. (*Diction. encyclop. des sciences médicales*.)
Landgraf. *Berl. klin. Woch.*, n° 10, p. 225, 10 mars 1889.
Leroy, *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1877 et 1884.
Luc. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée, etc. (*Archives de laryngologie et de rhinologie, etc.*, III, n° 1, p. 13, février 1889.)
Mandl, *Gaz. des hôpitaux*, 29-31 mai, p. 249 et 313, 1862 et 1861, p. 49-137.
Meyer. Ueber Pachydermia laryngis. (*Laryngol. Gesellschaft z. Berlin. Sitzung v.*, 6 décembre 1889.)
Michelson. *Königsberg's Verein f. wissenschaft. Heilkunde. Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1890.
Morell-Mackenzie. *Traité des maladies du larynx*, Paris, 1882.
D. Newman. Two lectures on chronic laryngitis a. chr. pharyng. etc. (*British med. Journal.* 4-11 juillet 1885.)
Orth. *Lehrb. d. path. Anat.*, s. 315, 1881.
Rethi. Ueber Pachydermia laryngis. (*Wiener medic. Wochenschr.*, n° 27, 1889.
Rheiner. *Würzburger Verhandlungen*, 1851 et *Inaugur. Dissertat.*, 1852.
Sandmann. *Berl. kl. Woch.*, n° 10, p. 235, 10 mars 1889.
Schadewaldt. *Ibid.*
Schottelius. *Zur Aetiologie d. einfacher Kehlkopfgeschwüre.* Cassel, 1880.
Schötz. *Berliner klin. Wochenschrift*, s. 235, n° 10, 10 mars 1890.
Sommerbrodt. Ueber die typische Pachydermie d. Kehlkopfs. (*Berliner klin. Wochenschrift*, s. 429, n° 19, 1890.)
Stoerk. *Klinik. d. Kehlkopfkrankeiten.* Stuttgart, 1876.
Türck. *Klinik d. Krankheiten d. Kehlkopfs u. d. Luftrohre*, Vienne, 1866.
Virchow. Ueb. catarrhalische Geschwüre. (*Berlin. klin. Woch.*, n°° 8-9, 1884.)
Virchow. *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 32, 1887.
Vogler. Z. Diagn. u. Behandl. d. chron. Laryngitis. (*Deutsche Klinik.*, 1863.)
Von Ziemmsen. Krankeiten d. Kehlkopfs. (*Laryngitis chronica S.* 228, u. f.; in *v. Ziemmsen's Handbuch*, 1877.

III

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CAVITÉS NASALES

Par le Dr **Joseph GRADENIGO**, professeur d'otologie à l'Université de Turin.

L'étude de la rhinologie a pris, dans ces dernières années, une importance toujours plus grande, non seulement en raison de la gravité que les affections du nez et de ses

accessoires peuvent offrir par elles-mêmes, mais encore parce qu'on a reconnu que ces affections doivent être considérées, dans la grande majorité des cas, comme la cause des maladies de l'oreille moyenne, et qu'elles peuvent constituer l'origine de faits réflexes de diverse entité de la part de l'appareil respiratoire, et, parfois, de l'organisme entier. Cependant, tandis que, grâce aux perfectionnements récents dans les moyens de recherche et à l'introduction, dans la pratique, du chlorhydrate de cocaïne comme moyen diagnostique, nos connaissances, au point de vue clinique, peuvent être regardées comme assez complètes, il reste encore beaucoup à faire sous le rapport anatomo-pathologique; c'est pourquoi je crois qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter brièvement les résultats d'une série de recherches anatomiques que j'ai entreprises sur les cavités nasales de cadavres mis gracieusement à ma disposition par MM. les professeurs Foà et Giacomini, auxquels je suis heureux d'offrir ici de vifs remerciements.

Les individus examinés furent au nombre de 103 (hommes et femmes), pour la plus grande partie adultes, souvent d'âge avancé. Quatre seulement étaient des enfants de 10 à 14 ans.

L'examen était fait d'une manière complète : j'examinais d'abord les cavités nasales proprement dites et le rhinopharynx, puis les sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux, puis l'oreille moyenne et la cavité mastoïdienne. Je mentionnerai ici sommairement les résultats de l'examen macroscopique, me réservant de communiquer ultérieurement ce que je pus tirer d'intéressant de l'étude histologique des lésions plus graves, étude que je complète actuellement.

Les altérations que j'ai rencontrées dans les cavités nasales et annexes peuvent se diviser en anomalies ou particularités de conformation, de caractère congénital, et en lésions pathologiques véritables.

Sur 103 individus, 39 (37 0/0) seulement ne présentaient pas de lésions pathologiques; sur ceux-ci, 30 étaient normaux et 9 offraient des particularités congénitales dignes

de remarque. Sur 103 cas, les particularités congénitales se rencontraient chez 33 individus (32 0/0) distribuées comme il suit :

a) Trous accessoires de l'antre maxillaire	chez	17	indiv.
b) Crête du *septum*	—	12	—
c) Appendices pédonculés sur le cornet inf.	—	1	—
d) Fusion des cornets moyen et supérieur	—	1	—
e) Bandes longitud. sur le cornet inférieur	—	1	—
f) Bulle ethmoïdale saillante	—	1	—
		33	

a) Les trous accessoires de l'antre d'Highmore sont situés sur la paroi latérale des cavités nasales, sur le cornet inférieur 10 fois, c'est-à-dire 1 bilatéral, 2 à droite, 7 à gauche ; 1 sous le cornet inférieur et 1 dessus ; 2 fois bilatéraux, 1 sur le cornet inférieur et 1 sur le moyen, 1 fois à gauche. Sur le cornet moyen 1 bilatéral, 1 droit, 1 gauche ; 3 fois : 1 sur le cornet moyen et 1 sur le supérieur, 1 fois bilatéral.

Les trous accessoires du sinus maxillaire existaient donc dans 17 cas, savoir : 5 fois bilatéraux, 4 fois à droite, 8 fois à gauche. L'existence de ces trous accessoires a une importance, même au point de vue clinique, parce que le trou accessoire rend plus facile l'irrigation, par la voie naturelle du sinus maxillaire, dans les cas d'empyème, irrigation souvent difficile par l'*hiatus semi-lunaire*. Il faut remarquer que le trou accessoire se trouve plus souvent à gauche. Mes recherches établirent en outre que ces trous se rencontrent non seulement sur le cornet inférieur, comme le fait remarquer Moldenhauer (1), mais encore, quoique plus rarement, dans d'autres régions de la paroi externe des cavités nasales.

b) Les crêtes du *septum* se rencontrèrent 12 fois (11 0/0), savoir : 8 fois saillant vers la cavité nasale gauche, et 4 fois vers la cavité droite. Le plus souvent elles avaient la disposition décrite par Hartmann, c'est-à-dire qu'elles

(1) *Krankh. der Nasenhöhle*, Leipzig, 1886, p. 12.

couraient de l'avant et du bas, en arrière et en haut; c'étaient plutôt des crêtes que des épines.

c) Comme particularité congénitale je signalerai, en outre, l'existence, dans un cas, de deux appendices pédonculés, de la dimension et de la forme d'un demi-pois, constitués par une simple muqueuse et placés symétriquement, un de chaque côté, sur la partie plus convexe du cornet inférieur, au point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Je ne sache pas que ces appendices aient été décrits sur ce point par d'autres observateurs.

d-e) Dans un cas, le cornet supérieur apparaît presque entièrement fusionné avec le cornet moyen; dans un autre cas il existait, symétriquement, de petites bandes longitudinales sur la muqueuse du cornet inférieur.

f) Dans un cas, la cellule osseuse du labyrinthe ethmoïdal qui forme le bord supérieur de la *gouttière semi-lunaire* était développée d'une manière exagérée, de forme sphérique, saillante; les cornets étaient, au contraire, peu développés.

Quant aux lésions pathologiques proprement dites, en voici l'énumération :

a) Hypertrophie de la muqueuse tapissant le cornet inférieur, spécialement dans l'extrémité postérieure........................	18	15 bilat. 2 à d. 1 à g.
b) Hypertrophie de la muqueuse tapissant le cornet inférieur et le cornet moyen..	7	7 bilat.
	25	
c) Polypes et granulations polypoïdes prenant origine sur le contour de l'*hiatus semi-lunaire*, en cas d'empyème du sinus maxillaire........................	4	3 bilat. 1 à g.
a) Empyème du sinus maxillaire........	19	6 bilat. 10 à g. 3 à d.
A reporter........	48	

Report..........	48	
e) Hypérémie, inflammation aiguë et subaiguë de la muqueuse nasale..........	11	bilat.
f) Perforation du *septum*.....	2	»
g) Tuberculose du nez.................	2	»
h) Variété lupoïde de la tuberculose nasale...........................	2	»
i) Suites d'ozène....................	5	»
j) Néoformations malignes (carcinomes).	3	»
Total..........	73	»

a-b) Les premières, par ordre de fréquence, sont les hypertrophies des muqueuses des cornets inférieur et moyen (25 cas : 24 0/0), déjà si connues même au point de vue clinique ; les empyèmes du sinus maxillaire viennent immédiatement après (19 cas : 18 0/0).

c-d) Le nombre des empyèmes que j'ai trouvés est de beaucoup supérieur à celui que l'observation clinique aurait permis de supposer ; c'est pourquoi on doit croire qu'une grande partie de ces empyèmes ne donnent pas de symptômes très appréciables et échappent, pour cette raison, à l'étude clinique. Chez quatre individus, l'amas purulent était accompagné de granulations polypoïdes, prenant origine du contour de l'*hiatus semi-lunaire*. Dans un de ces cas il existait un véritable polype, écrasé en forme de *lingula*, haut de 1 centimètre 1/2, large de 1/2 centimètre, et de l'épaisseur de 3 millimètres.

Très fréquemment il y avait aussi amas purulent dans le sinus frontal. Dans d'autres cas d'empyème maxillaire, on ne découvrait, dans la cavité nasale correspondante, aucune altération appréciable; cliniquement, l'examen rhinoscopique, par lui-même, n'aurait donc offert aucune indication pour le diagnostic de l'empyème. Dans aucun des cas que j'ai observés il n'existait de déplacements ou d'amincissements des parois osseuses du sinus, ou de modifications des parties molles qui revêtent l'os maxillaire, fait qui confirme l'opinion exprimée par quelques auteurs, que l'écartement des parois du sinus est toujours dû à des néoplasmes;

le pus recueilli était, d'ordinaire, jaune crémeux, parfois verdâtre; il contenait des micro-organismes abondants.

Souvent les parois du sinus étaient anormalement rétrécies, de sorte que la cavité du côté malade était réduite à un tiers, comparativement à celle du côté sain. La muqueuse était aussi très épaissie, hypérémique, gonflée.

Dans certains cas, l'existence de l'empyème se laissait soupçonner à l'examen des cavités nasales, par la présence de quelques gouttes de pus dans le méat moyen. Dans tous les cas d'empyème, la carie dentaire existait, du côté correspondant, à la mâchoire supérieure.

e) Chez 10 individus je rencontrai des *faits hypérémiques et inflammatoires de la muqueuse nasale.* Parfois il y avait simple hypérémie limitée à la muqueuse des cornets moyen et supérieur, des deux côtés, ou s'étendant à toute la muqueuse des cavités nasales proprement dites, du rhino-pharynx, du sinus maxillaire; dans ces cas, l'individu était mort par cardiopathie. D'autres fois, à côté de l'hypérémie, il existait des signes plus ou moins marqués d'inflammation croupale ou hémorragique.

Je rapporterai quelques observations de ce genre :

OBSERVATION I. — Femme de 35 ans, morte de *pneumonie croupale.*

Muqueuse des cornets nasaux et du rhino-pharynx fortement rougie et très gonflée (1). Ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache très rétrécie par le gonflement de la muqueuse péritubaire. On remarque, en outre :

a) Au niveau du cornet et du canal nasal moyen de gauche, tache noirâtre, d'aspect nécrotique; ulcération profonde et destruction partielle du cornet lui-même.

b) Sur la portion antérieure du *septum*, tache noirâtre circulaire, du diamètre d'une pièce de deux francs; sa superficie est placée au même niveau que la muqueuse qui l'entoure.

c) Sur la partie postérieure du cornet inférieur de gauche, portion étendue, d'apparence fibrineuse; on ne remarque, sur ce point, ni ulcération ni modification de niveau de la muqueuse.

(1) L'examen microscopique de quelques portions de la muqueuse fit reconnaitre : épithélium partiellement en dégénérescence graisseuse, énorme hypérémie et infiltration lymphoïde du tissu.

La muqueuse, en quelques portions du rhino-pharynx, présente une couleur grisâtre d'ardoise.

Examen des temporaux, des sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, négatif.

Observation II. — Homme, 45 ans, mort d'une affection cardiaque.

Rhino-pharyngite aiguë, hémorragique. Le cornet moyen de gauche présente deux larges taches hémorragiques dans sa portion postérieure. La muqueuse de la cavité du sinus maxillaire de gauche est gonflée, œdémateuse; dans la cavité, liquide séreux, sanguinolent. A droite, sinus maxillaire normal.

L'examen des autres sinus et de l'oreille moyenne, négatif.

Observation III. — Homme, 62 ans. Néphrite tuberculeuse. Hypertrophie prostatique.

Rhino-pharyngite aiguë bilatérale. Muqueuse des cornets et du *septum* fortement rougie; la partie supérieure du cornet moyen de droite est noirâtre par suite d'hémorragie interstitielle. Çà et là, masses d'exsudat jaunâtre, croupal. Dans le rhino-pharynx, toute la muqueuse apparaît gonflée et rougie, noirâtre au niveau de la voûte pharyngienne et des fosses de Rosenmüller. La muqueuse des pavillons tubaires est si gonflée et si infiltrée que l'on aperçoit difficilement les ouvertures de la trompe d'Eustache. Pus dense, crémeux, des deux côtés, dans l'antre d'Highmore.

Il n'existe pas de pus dans les cavités de l'oreille moyenne; cependant la muqueuse de la caisse et les deux membranes tympaniques sont très gonflées et rougies.

f) Perforation du septum.

Je l'observai deux fois; les perforations étaient de forme circulaire et placées dans la partie antéro-inférieure du *septum*. Dans un de ces cas il existait, au foie, une cicatrice de caractère syphilitique.

g) Tuberculose du nez.

J'en rencontrai deux cas, que je rapporte ici :

Observation IV. — Homme de 26 ans, mort de tuberculose pulmonaire. Toute la muqueuse tapissant les cavités nasales et le rhino-pharynx était couverte, de distance en distance, de croûtes verdâtres; en les enlevant on apercevait des ulcéra-

tions superficielles de la muqueuse, spécialement au niveau du cornet moyen et aux régions péritubaires. Cornets très diminués de volume ; à peine trace du supérieur. Ouverture tubaire rétrécie, déformée. La muqueuse sur une aire assez étendue, de couleur grisâtre, spécialement marquée sur les fosses de Rosenmüller et sur la paroi postérieure du rhinopharynx.

Observation V. — N. Maria, 15 ans. Dure-mère tendue. Sur les méninges molles de la voûte cranienne, à droite, il existe un exsudat tuberculeux au niveau de la portion inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. A la base, méningite tuberculeuse. Circonvolutions aplaties ; hydropisie des ventricules latéraux. Substance cérébrale anémique. Sur le *thalamus opticus* de gauche se trouvent deux élévations unies à la base ; en les fendant on observe un tubercule, de la grosseur d'une noisette, qui s'enfonce dans la substance du *thalamus* jusqu'à un demi-centimètre du genou de la capsule interne. Dans la moelle épinière, entre la 5e et la 6e dorsale, un tubercule solitaire. Poumons avec foyers de péribronchite tuberculeuse. Glandes péribronchiales caséeuses. Reins congestionnés, dégénérescence graisseuse de la corticale.

Au niveau de l'exsudat tuberculeux signalé sur les méninges molles, la *lamina cribrosa* de l'ethmoïde est détruite, et l'exsudat se continue dans les cornets nasaux supérieurs, des deux côtés ; ceux-ci apparaissent presque entièrement détruits et transformés, eux aussi, en masses caséeuses.

Il existait une tuberculose diffuse de la peau de la face ; les os nasaux étaient détruits. A droite, la moitié inférieure du cornet moyen et le cornet inférieur étaient conservés ; à gauche, les cornets moyen et inférieur étaient conservés. L'ouverture pharyngienne de la trompe droite était rétrécie parce qu'elle était entourée d'un tissu rétracté par cicatrices ; à gauche, elle apparaissait normale.

J'observai également deux cas de la *variété lupoïde de la tuberculose nasale.*

Observation VI. — *Lupus du nez et de l'oreille moyenne.* Femme de 19 ans. Anémie cérébrale. Fusion complète des viscères abdominaux par péritonite tuberculeuse. Grosses glandes caséeuses dans le médiastin. Epanchement séro-sanguinolent dans le péricarde. Tuberculose pulmonaire ulcéreuse. Complète adhérence pleurale.

On a la déformation caractéristique de la face, par suite de la disparition des os nasaux et des cartilages des ailes du nez ; la peau présente des cicatrices adhérentes. Du *septum*, il ne reste qu'une petite portion tout à fait antérieure et en haut, en forme d'épine, partant de la partie supérieure du résidu des os nasaux et dirigée presque horizontalement en arrière ; la moitié postérieure gauche de la voûte palatine est aussi détruite, le voile du palais a disparu.

A gauche, aucune trace des cornets, la muqueuse très gonflée, rougie, parcourue par de gros vaisseaux, offre une surface irrégulière, à saillies et à dépressions, cependant sans véritables nodules ; elle s'enfonce en forme d'entonnoir, vers l'antre maxillaire dont la cavité, de forme ovoïdale, apparaît très rétrécie par suite de prolifération de la muqueuse (diamètre maximum dirigé verticalement, 1 centim.). La cavité ne contient pas de pus.

A droite, on aperçoit des résidus du cornet inférieur, surtout sa portion antérieure ; traces du cornet moyen. Le sinus maxillaire est presque complètement oblitéré, sa muqueuse est extraordinairement gonflée, épaissie.

Muqueuse des cavités nasales, du pharynx, de la bouche, fortement rougie, très friable.

Ouvertures tubaires presque oblitérées par la prolifération de la muqueuse.

A droite, oreille moyenne intacte ; *à gauche*, la substance osseuse du temporal est très friable ; le *tegmen tympani* est remplacé par une masse gélatineuse qui occupe aussi la cavité de l'oreille moyenne.

Au niveau de la bosse frontale de gauche, il y a une tache circulaire, où l'os apparaît aminci et est recouvert, aussi bien du côté endo-cranien que du côté cutané, par un exsudat blanchâtre, filant.

OBSERVATION VII. — *Lupus du nez et de l'oreille moyenne.* Homme de 36 ans, mort de péritonite tuberculeuse.

Cicatrices à la peau de la face. Le nez apparaît normalement conformé à l'extérieur.

Destruction étendue de la portion centrale du *septum*, de forme ovale, à bords noirâtres. Sur le résidu du *septum*, ulcérations disséminées, couvertes de croûtes rouge-noirâtre.

A gauche, les cornets ont disparu ; la cavité nasale correspondante est occupée par des croûtes jaunâtres ; lorsqu'on en-

lève ces dernières, on remarque une large ouverture, de forme ovale, de la grandeur d'une pièce de deux francs et qui aboutit dans le sinus maxillaire. Cavité du sinus rétrécie, contenant du pus. Muqueuse blanchâtre, atrophiée.

A droite, cornets disparus; seulement des traces du cornet inférieur. Il existe deux ouvertures qui aboutissent dans l'antre maxillaire; l'une, placée dans la région qui correspondrait à peu près au-dessus de la partie médiane du cornet moyen, ovale, presque faite à l'emporte-pièce, dirigée obliquement dans l'épaisseur de la paroi latérale du nez, vers le bas et en arrière; l'autre, plus petite, un peu plus en avant que la précédente, placée sous le cornet inférieur. La muqueuse a un aspect blanchâtre, lardacé dans certaines parties, jaunâtre dans d'autres; sur quelques points il existe des taches noirâtres, hémorragiques. Dans le sinus maxillaire, une masse ichoreuse; muqueuse épaissie, jaunâtre. La muqueuse du pharynx nasal est, au contraire, granuleuse, rougie, au niveau de la partie postérieure du pavillon tubaire de droite. Il existe également des granulations sur la superficie postérieure du voile du palais.

L'examen macroscopique des deux temporaux laisse voir les altérations suivantes :

Membrane tympanique intègre dans sa continuité, mais grise, épaissie, succulente. Muqueuse de la caisse, rougie, gonflée; dans la cavité, pus dense, crémeux.

i) *Suites d'ozène*. J'eus à les constater dans cinq cas; les cornets apparaissent très réduits de volume, même dans leur partie osseuse; l'inférieur était presque disparu. L'*hiatus semi-lunaire* était à découvert. Parmi ces cas, j'en rapporterai un, spécialement remarquable par complication mycotique.

Observation VIII. — *Suites d'ozène rhinite mycotique.*

Homme de 65 ans. Les cavités nasales sont remplies d'une bouillie noirâtre, couverte d'une patine demi-solide, verdâtre, avec çà et là des portions blanches, d'un aspect sec, pulvérulent. L'examen microscopique de cette masse laisse reconnaître des *myceliums* bien distincts (1) et une quantité considérable de bactéries.

(1) Les cultures pratiquées sur de la gélatine acidifiée au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Turin, par mon collègue, le Dr Scabia, donnèrent un développement abondant d'*aspergillus fumigatus*.

Dans la cavité nasale droite, muqueuse de la portion respiratoire gonflée, jaunâtre, à superficie inégale (au microscope, épithélium en dégénérescence graisseuse), cornets atrophiques, le supérieur est même presque disparu, le moyen ne recouvre plus l'*hiatus semi-lunaire* que sur une petite portion. Le cornet inférieur est aussi très réduit de volume. Il y a rougissement diffus dans la partie postérieure du rhino-pharynx.

A gauche, les cornets sont également très réduits de volume; sur la muqueuse sont disséminés des nodules blanc-grisâtre.

Muqueuse du pharynx, du voile du palais, très rougie, gonflée.

L'examen des sinus annexés aux cavités nasales et de l'oreille moyenne est négatif.

Néoplasmes malins. — J'en ai observé trois cas; dans tous, l'examen microscopique, pratiqué par le Dr Scabia, démontra qu'il s'agissait de carcinome.

Observation IX. — Masse néoformée qui, prenant origine de l'amygdale droite, occupait tout le rhino-pharynx. Examen du nez, des sinus, de l'oreille moyenne, négatif.

Observation X. — Femme de 79 ans.

Tumeur ulcérée qui occupe les cavités nasales et le sinus maxillaire gauche. La tumeur a détruit les os nasaux, elle s'avance dans la cavité orbitaire de gauche, n'envahissant pas le bulbe oculaire, mais le repoussant fortement à l'extérieur. Du dos du nez est respectée seulement l'aile droite.

Le tiers antérieur du *septum* est libre; postérieurement le *septum* fusionne avec la tumeur qui infiltre aussi le voile du palais de manière à le transformer en un nœud néoplasique, globuleux, libre dans la cavité pharyngienne. Ouvertures tubaires libres, intactes; négatif l'examen de l'oreille moyenne. L'antre maxillaire, à gauche, est occupé par la tumeur; à droite, où sont détruits les cornets, il est rempli de pus.

Observation XI. — Homme, 63 ans.

La région maxillaire supérieure et zygomatique de droite est toute occupée par une tumeur de la grosseur d'un poing, dure, qu'on ne peut déplacer; les téguments sont sains. Glandes cervicales des deux côtés, infiltrées, d'aspect lardacé à la section. Le néoplasme sectionné se présente comme une masse solide, consistante. Il a détruit toute la portion palatine du maxillaire supérieur de droite, et la partie osseuse de l'antre maxillaire

du même côté ; les cornets nasaux, amincis, sont poussés contre le *septum*.

Pus dans la cavité du sinus frontal. Orbite, rhino-pharynx, oreille moyenne, intègres. Cavité nasale de gauche intacte.

Bien que, dans les recherches anatomiques rapportées ci-dessus, j'ai eu l'occasion d'examiner des cadavres d'individus jeunes, je n'ai observé, dans aucun cas, des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, ce qui confirme la rareté de cette affection dans nos pays, ainsi que cela est démontré par la clinique.

Par rapport au côté où résidaient les lésions, j'ai remarqué, dans des cas d'altérations unilatérales, une forte prédominance pour le côté gauche. Voici les chiffres à ce propos :

	Bilat.	à droite	à gauche
Anomalies congénitales (33)	9	7	17
Lésions pathologiques (73)	51	6	16

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies du nez et de la gorge, par F.-H. Bosworth. (W. Wood, éditeur, New-York 1889.)

L'œuvre de Bosworth est un véritable traité didactique écrit par un maître. A côté de compilations savantes se trouvent à chaque page des idées originales sérieusement déduites et discutées. Aussi nous ne saurions trop en recommander la lecture à tous ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique si accentué qui se fait aujourd'hui en ce qui regarde les affections du nez et de la gorge autrefois si mal connues et si mal étudiées.

Ce livre considérable est divisé en trois sections. Dans la première, l'auteur étudie les maladies des cavités du nez proprement dit; dans la seconde, les maladies du naso-pharynx; dans la troisième, la chirurgie extérieure du nez.

PREMIÈRE SECTION

Dans un *premier chapitre,* Bosworth décrit les *méthodes d'examen des voies aériennes supérieures ;* il passe en revue la laryngoscopie et les divers instruments qui y sont employés, puis la rhinoscopie. Son rhinoscope, qui tient en place sans l'aide de la main, nous a paru très simple et très pratique. Nombreux sont les instruments inventés tant pour l'examen des cavités que pour produire une source lumineuse suffisante, et encore tous ne sont pas décrits ; mais nous restons de l'avis de l'auteur, que le meilleur est le plus simple.

Dans un *second chapitre* sont décrites les *méthodes de traitement :* insufflations, douches, pulvérisations, inhalations.

Nous ne saurions essayer de donner ici l'énumération de ces divers procédés et renvoyons le lecteur au livre même.

Le chapitre II a trait aux *membranes muqueuses : anatomie, physiologie et pathologie.* Pour Bosworth, l'inflammation d'une muqueuse comprend trois variétés : l'inflammation catarrhale, l'inflammation *croupale* et l'inflammation diphtéritique.

Cette manière d'envisager la question, qui date de Home, a cours à l'étranger, même dans les ouvrages les plus récents.

En réalité, c'est compliquer à plaisir la nosographie et embrouiller des choses bien simples, aujourd'hui surtout que les études bactériologiques ont rendu très claires bien des points jusqu'alors douteux. A l'étranger, on persiste systématiquement à conserver le mot *croupal* pour caractériser des formes inflammatoires si diverses que les auteurs eux-mêmes ne sont pas d'accord tant s'en faut.

C'est ainsi que Senator dit, en parlant de ces deux états inflammatoires :

« Il n'y a pas de limites rigoureusement établies entre ces deux processus ; et en particulier, dans la plupart des cas, il est impossible de dire où l'exsudation superficielle fibrineuse, la membrane *croupale,* cesse et où la fausse membrane diphtéritique commence. »

Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir Gréville Macdonald (de Londres) appeler *inflammation croupale* l'eschare qui résulte d'une cautérisation au galvano-cautère ou avec un caustique liquide.

Cette confusion, qui ne saurait exister en France, est très regrettable, et nous devions la signaler pour éviter d'induire en erreur un lecteur non prévenu.

Le quatrième chapitre traite du *refroidissement*. Nous partageons à ce sujet complètement la manière de voir de Lennox Browne; ce chapitre aurait dû être fondu avec le chapitre VIII, qui a pour sujet la rhinite aiguë. Nous ne comprenons pas trop pourquoi, dans sa préface même, l'auteur tienne à séparer deux choses qui sont unies par des liens si étroits. Du reste l'étude qui y est faite de l'action du froid d'une manière générale sur l'organisme, ressort de la pathologie générale, et le traitement du rhume qui la termine n'apporte aucune donnée nouvelle.

Les chapitres V *et* VI traitent de l'*anatomie et de la physiologie du nez*. Au point de vue physiologique, l'auteur insiste avec raison sur la fonction du nez dans la respiration. Cette fonction, trop regardée comme secondaire, est, au contraire, la plus importante.

Dans le *chapitre* VII, l'auteur expose des *considérations générales sur les affections catarrhales*. Le catarrhe nasal est, en général, mal conçu, même de la plupart des médecins; il n'y a pas de diathèse catarrhale. Le catarrhe nasal ne prédispose pas aux autres maladies des poumons comme le veulent Beverley Robinson et Jarvis, il reste toujours catarrhe, même en s'étendant au larynx et à la trachée.

Le *chapitre* VIII est intitulé : *Rhinite aiguë*, et, comme nous l'avons dit, devrait être fondu avec le chapitre IV. Quant aux nombreux traitements exposés, nous n'y avons trouvé rien de bien nouveau.

La *Rhinite hypertrophique*, dans le *chapitre* IX, est admirablement étudiée et son étiologie est largement discutée. Bosworth regarde la rhinite hypertrophique comme causée, dans la grande majorité des cas, par une déviation de la cloison, difformité provenant de quelques traumatismes auxquels on attache peu d'importance souvent dans l'enfance.

L'auteur décrit (*chapitre* X) la *Rhinite purulente infantile*, que beaucoup d'autres écrivains ont laissé de côté.

Ce n'est pas une affection diathésique, mais elle dérive du manque de précautions hygiéniques dans l'enfance. Sa marche est lente et elle commence dans les premières années pour arriver vers l'âge de 12 à 15 ans, à se terminer par une rhinite atrophique.

C'est la cause réelle de cette dernière.

Chapitre XI. — *L'ozène* n'est qu'un symptôme, et aujourd'hui ce terme ne peut être considéré comme une entité morbide.

Fraenkel a émis l'idée que la rhinite atrophique n'est que la période ultime de la rhinite hypertrophique. Cette assertion a été répétée par Mackenzie, Schæffer, etc..., tandis que Sajous est moins affirmatif. Bosworth la rejette entièrement. La rhinite atrophique est une affection très tenace dont la guérison radicale est problématique.

En tout cas, elle n'est point produite par une diathèse, et le traitement en est purement local.

Nous ne dirons rien du *chapitre* XII, intitulé : *Rhinite croupale;* nous nous sommes suffisamment étendu plus haut sur cette dénomination.

Les *réflexes du nez* (*chapitre* XIII) sont l'objet d'une longue étude. Ils sont extrêmement nombreux, depuis la migraine, la dyspepsie, etc..., jusqu'au goitre exophtalmique; les diverses théories sont bien exposées. L'auteur les résume en ce fait qu'il existe toujours une affection intra-nasale greffée sur un tempérament nerveux; aussi le traitement doit-il être local et général tout à la fois.

La *fièvre des foins* ou *rhinite vaso-motrice* est admirablement décrite, et ce chapitre (XIV) ne saurait être analysé en détail. En résumé, il existe trois facteurs : 1° les poussières de pollen; 2° le tempérament nerveux; 3° une lésion de la muqueuse du nez.

L'*asthme ou bronchite vaso-motrice* (*chapitre* XV) est, pour Bosworth, une névrose dont le point de départ réside dans une lésion du nez. Trois facteurs entrent en jeu : 1° le tempérament nerveux ; 2° la lésion du nez ; 3° une influence climatérique encore mal définie.

Sur 80 cas, il a rencontré 54 fois une lésion du nez manifeste.

Le traitement doit être local, général et climatérique.

L'*hydrorrhée nasale*, affection rare, est décrite au *chapitre* XVI. L'auteur en résume 18 cas. Cet écoulement se fait tantôt sans douleur, tantôt avec des symptômes rappelant le Hay fever.

Il est parfois intermittent. Son étiologie, parfois obscure, semble se rattacher à une névrite de la 5e paire.

Bosworth passe en revue l'*anosmie* et la *parosmie*, puis aborde (*chapitre* XVIII) l'étude des *difformités de la cloison*.

Elles sont la grande cause de la rhinite hypertrophique. Pour enlever les éperons et les déflexions, il se sert d'une scie spéciale qui lui a donné de bien meilleurs résultats que les opéra-

tions de Quelmals, Chassaignac et Ingals, ainsi que les instruments de Blandin, Steele, Adam, Jarvis, Curtis et Seiler.

L'*épistaxis* a pour causes les traumatismes, la constitution, la menstruation difficile et les maladies locales du nez.

Dans les chapitres suivants est faite l'étude des *corps étrangers*, des *rhinolithes* et des *parasites des cavités nasales*.

Notons au chapitre *Syphilis*, l'étude de la syphilis congénitale, qui n'est pas aussi difficile à reconnaître que l'on pourrait le croire. Outre les éruptions cutanées caractéristiques, le coryza syphilitique des très jeunes enfants a une allure spéciale et une sécrétion purulente qui n'a pas d'analogie dans les autres coryzas.

Bosworth passe en revue successivement la *tuberculose nasale*, le *lupus* et le *rhinosclérome*, et enfin les *diverses tumeurs* : polypes, fibromes, ostéomes, papillomes, adénomes, kystes, angiomes, chondromes, sarcomes et carcinomes, et finit cette première partie par l'exposé des *maladies du sinus*, dont le diagnostic différentiel doit être lu d'un bout à l'autre.

La *seconde partie* du volume comprend l'étude des *maladies du naso-pharynx*.

Après en avoir exposé l'anatomie et la physiologie, Bosworth décrit la naso-pharyngite aiguë, le catarrhe naso-pharyngien, les végétations adénoïdes et les diverses tumeurs (fibrome, myxofibrome, chondrome (très rare), sarcome et carcinome) que l'on y rencontre.

Enfin, dans la *troisième partie*, se trouve exposée la *Chirurgie extérieure du nez*. Ce chapitre est très intéressant à consulter et, autant que nous pouvons nous le rappeler, Bosworth est le premier à avoir abordé cette question.

Les diverses opérations que l'on peut pratiquer pour se créer une voie plus large afin d'enlever des tumeurs soit du nez soit du naso-pharynx, sont groupées en trois classes :

1° Incisions portant sur la voûte et le voile du palais ;
2° Incisions de la peau de la face seule ;
3° Incisions de la peau de la face avec section des os.

Telle est l'œuvre de Bosworth, qui forme un tout complet bien espacé et rendu encore plus pratique par de nombreuses figures et le résumé d'un grand nombre d'observations personnelles.

HAMON DU FOUGERAY.

Sinus frontaux et leur trépanation, par MONTAZ. (Chez Allier. Grenoble, 1891.)

L'auteur, après description anatomique, passe au traitement, qui doit toujours consister, pour lui, dans la trépanation de la cavité, bien facile à faire et préférable, suivant lui, au cathétérisme. Après l'ouverture des sinus, on ne doit pas oublier de placer un drain dans l'orifice de communication des fosses nasales, qui peut être obturé. Les recherches de Montaz lui ont appris que 21 cas sur 25 traités de la sorte guérirent, 6 cas non traités furent mortels. Cette statistique ne lui est pas personnelle; elle a été empruntée à Richards. A. G.

Traité de la diphtérie, par DELTHIL. (*O. Doin.* Paris, 1891.)

Tout le monde, en France et à l'étranger, se rappelle avec quel talent et quelle conviction le Dr Delthil a défendu la méthode de traitement qui porte son nom; il était donc bien naturel de s'attendre à ce que notre compatriote fût tenté d'écrire sur ce sujet un traité important; cet ouvrage, de près de 700 pages, a été présenté aux lecteurs dans une éloquente préface par le professeur Verneuil.

L'historique, les doctrines, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et surtout la thérapeutique, y sont exposés avec les détails les plus minutieux et un ordre parfait. C'est un ouvrage facile à lire. La science a marché à pas de géants depuis moins de deux ans sur ce sujet, et M. le Dr Delthil a donné à la bactériologie la place qu'elle mérite; malheureusement, depuis que ce livre a été fait, des études très importantes sur les membranes non diphtéritiques ont été faites; ces études, d'un haut intérêt pratique, dues surtout à Sevestre et Chantemesse, n'ont pu trouver place dans l'ouvrage de Delthil, qui a considéré comme particulièrement difficiles les recherches de ce genre, assertion peut-être exagérée.

Dans la thérapeutique, l'auteur passe en revue tous les médicaments employés et en fait la critique; puis il expose la méthode de traitement de tous les médecins français et finit par la description très détaillée et très expliquée de celle qu'il a employée et que nous n'avons pas à faire connaître, car elle est bien connue. Le traitement chirurgical, trachéotomie et intubation, y sont aussi largement exposés; l'auteur ne semble pas être un partisan résolu ni de la chloroformisation dans la trachéotomie, ni de l'intubation.

Enfin, ce bel ouvrage se termine par l'exposé des relations qui existent entre la diphthérie des oiseaux et celle de l'homme, que Delthil semble très disposé à admettre. A. G.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement, par M. Schaede, assistant à l'ambulatorium de M. le Dr Michelson. (Tirage à part du *Berl. Klin. Woch.*, 1891.)

L'amygdale linguale forme à la base de la langue un amas de glandes folliculaires qui fait partie du grand anneau lymphatique pharyngé de Waldeyer.

Kölliker a montré que cet organe lymphatique est absolument normal et ne diffère point par sa structure des autres amygdales. Les différentes maladies de la langue envahissent souvent la tourille linguale; la folliculite aiguë et chronique, l'ulcère tuberculeux, le mycosis leptothricia y ont été observés aussi comme lésions primitives. Plus souvent encore s'observe l'hyperplasie simple, consécutive à une inflammation chronique portant parfois sur des follicules isolés, ordinairement sur l'amygdale entière; cet état peut coïncider avec l'hypertrophie des autres amygdales ; on l'a vue cependant à côté d'amygdales atrophiées.

L'hypertrophie de la tonsille linguale est une affection de l'adulte, de la femme surtout; aussi l'examen glossoscopique et partant le diagnostic sont-ils en général faciles. — Le miroir est appliqué sur le voile du palais, immédiatement en avant de la luette, le manche à peine relevé au-dessus de l'horizontale ; l'examen direct est insuffisant, même dans l'hypertrophie extrême.

L'amygdale hyperplasiée remplit les sillons glosso-épiglottiques et masque en partie la base de l'épiglotte ; quand les follicules isolés s'hypertrophient, on voit des petites tumeurs arrondies, à large base, sessiles, plus pâles que la muqueuse environnante, élastiques, indolentes. Il serait à peine possible de les confondre avec des papillomes, et nulle autre production n'y ressemble. La présence de la tumeur lymphatique donne lieu à des sensations pénibles de corps étranger, ce qui n'est d'ailleurs pas en rapport avec les adhérences plus ou moins étendues que l'amygdale peut contracter avec l'épiglotte. Les malades font des efforts de déglutition, toussent pour se débarrasser du corps gênant, finissent même par vomir; quelques-uns sont dyspnéiques.

Il est à noter que les patients rapportent en général leurs sensations au larynx et peuvent facilement induire le médecin en erreur.

La destruction de l'organe hypertrophié se fait le plus rapidement et le plus complètement, à l'aide de l'anse galvanique ou de l'écraseur linéaire, quand la tumeur est molle. L'anesthésie locale par la cocaïne rend l'opération presque indolente, et la guérison complète est obtenue dans l'espace de huit ou dix jours; on ordonne un gargarisme antiseptique et on fait des insufflations d'iodoforme pendant quelques jours. Ce traitement a donné dans 18 cas de forts bons résultats, et la récidive n'a pas été observée.

Observation I. — Femme de 47 ans; tumeur du volume d'un pois à 4 millimètres en avant, un peu à gauche du frein de l'épiglotte, qu'elle touche; extraction à l'aide de l'anse galvanique. Tout trouble fonctionnel disparaît. Examen microscopique : follicule hypertrophié.

Observation II. — Fille de 17 ans; éprouve la sensation de corps étranger, parfois des couleurs. Hypertrophie médiocre des amygdales en général; petite tumeur au niveau du ligament glosso-épiglottique; recouverte au repos par l'épiglotte, elle n'apparaît que dans la phonation. Solution de Lugol sans succès; anse galvanique.

Observation III. — Femme de 40 ans. Se plaint d'obstruction du nez, de corps étranger de la gorge, de céphalalgie. L'examen montre une rhinite atrophique, des amygdales palatines normales et l'hypertrophie de la tonsille linguale.

Observation IV. — Femme de 18 ans, cantatrice. Hypertrophie de l'amygdale pharyngée; sensation de corps étranger profondément sur la langue. Cette sensation disparaît pendant le repos et, quelque temps après, elle présente une hypertrophie notable de la tonsille linguale; les replis glosso-épiglottiques sont remplis de petites tumeurs folliculaires; l'image glossoscopique montre le bord libre de l'épiglotte dépassé par une rangée de follicules.

Destruction à l'aide de l'anse galvanocaustique.

La cantatrice se trouve complètement guérie.

Observation V. — Femme de 27 ans. Sensation de corps

étranger au-dessous du larynx. L'examen ne montre que du catarrhe rétronasal avec production de croûtes adhérentes à la voûte pharyngée; leur extraction fait disparaître la gêne.

OBSERVATION VI. — Femme de 52 ans. — Cas identique.

M. W.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Le massage du tympan et des osselets dans l'otite moyenne chronique, par A. BRONNER. (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890, p. 1189.)

Les résultats obtenus sur 64 cas sont les suivants : dans 1 cas il y eut aggravation de la surdité; dans 43, il y eut peu ou point de modifications, et dans 20 cas il y eut une amélioration marquée. Dans 5 de ces cas, l'amélioration fut définitive; dans 7 elle dura de une à deux semaines; dans les 8 derniers elle fut encore plus brève. C. HISCHMANN.

Accidents cérébraux accompagnant une affection de l'oreille moyenne. Opération. Guérison, par SAINSBURY et BATTLE. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai 1890, p. 1133.)

Ces accidents survinrent à l'occasion d'un polype de l'oreille moyenne; celui-ci enlevé, le malade revint complètement à la santé. C. HISCHMANN.

Un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde, par le Dr C. LICHTENBERG, de Budapest. (*Orvosi hetilap*, n° 15, 1891.)

Depuis environ un an et demi, un homme de 44 ans avait une otorrhée du côté gauche. Son état empira dans ces temps derniers, et l'auteur ayant fait le diagnostic d'*otite suppurative ou empyème de l'apophyse mastoïde*, fit ouvrir l'apophyse par le Dr Puky (privat docent de chirurgie). L'apophyse était totalement sclérosée. L'opération dura deux heures et demie et on ne trouva la couche de suppuration qu'à la profondeur de deux centimètres. Deux autres fois, des morceaux de sequestre ont encore été enlevés, mais la douleur ne disparut qu'après l'ablation d'un troisième sequestre; pendant que le deuxième sequestre fut éliminé, une paralysie de nerf facial apparut.

L'auteur montre aussi une pièce anatomo-pathologique prise chez un sujet qui avait refusé l'opération; le processus amena ici la mort, et l'on constata que la carie avait produit trois trous dans l'apophyse mastoïde et une perte de substance des os du crâne. SZENES.

Abcès cérébral et cholestéatome de la caisse, par le Dr J. Böke, professeur à Budapest. [*Société de médecine*, 13 avril 1889, (*Annales de la Société*, p. 97.)]

L'auteur montre une préparation provenant d'un garçon de 16 ans, qui était entré avec des symptômes méningitiques à l'hôpital. Le conduit auditif externe était obstrué par un polype de la taille d'une grosse fève, qui a été enlevé, mais l'état du malade ne s'améliora pas et la mort survint le lendemain. L'autopsie fit voir un abcès dans la partie postérieure du lambeau temporal droit de la grandeur d'un œuf de pigeon; sur la dure-mère, on voyait une érosion au-dessus du toit du tympan qui était nécrosé; la caisse du tympan était entièrement remplie de masses cholestéatomateuses. SZENES.

L'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde, par le Dr J. Böke, professeur à Budapest, section de chirurgie et de la 25e réunion des naturalistes et médecins hongrois à Nagyvárad, le 19 août 1890. (*Gyogyaszat*, n° 35, 1890.)

Décrivant les circonstances dans lesquelles le processus de la caisse se propage à l'apophyse mastoïde, l'auteur distingue deux catégories d'indications de l'ouverture de l'antre mastoïdien; l'une se base sur des règles générales *chirurgicales* (des trajets fistuleux à la surface extérieure de l'apophyse, nécrose du cortex), l'autre sur le principe otologique que s'il n'y a rien de maladif à l'extérieur, il faut pourtant supposer une inflammation ou une rétention du pus dans l'antre mastoïdien. L'auteur commence par pratiquer au moyen du ciseau, à 1 centimètre sous la ligne temporale, une ouverture d'environ 3 centimètres carrés, mais dans l'antre il n'emploie pas le ciseau, il se sert d'une cuiller tranchante pour enlever des parties nécrosées; pour rétablir la communication entre l'antre et la caisse du tympan, il emploie également une petite cuiller. Pour tenir ouverte la communication, il applique le drainage; pour l'irrigation, une mixture d'une solution de 1 0/0 de sel et de 1/20 0/0 de sublimé, la plaie elle-même est traitée par la gaze sublimée, mais quand les granulations se développent lentement, il se sert

d'iodoforme, et la guérison survient au bout de quatre à six semaines. SZENES.

Altérations morphologiques du pavillon de l'oreille à l'état normal, chez les aliénés et les idiots, par le Dr E. VALI, de Budapest. [Service otologique du professeur BOEKE, à l'hôpital Saint-Roch, de Budapest; (*Orvosi hetilap.*, n° 7, 1891 ; en allemand : *Allgem. Wiener med. Zeit.*, n° 11, 1891.)]

L'auteur a examiné les pavillons de 1,000 individus sains (500 hommes et 500 femmes); de 397 aliénés (216 hommes et 181 femmes; et de 90 idiots (58 hommes et 32 femmes). Il a obtenu les résultats suivants :

Sur les individus sains, 26 0/0 des hommes et 15 0/0 des femmes n'ont pas un pavillon normal; seulement la moitié des aliénés et des idiots possèdent un pavillon normal. Les pavillons volumineux et écartés sont deux fois plus fréquents chez ces derniers que chez les normaux; de même qu'on trouve trois fois autant de bouts pointus adhérents chez les aliénés et les idiots que chez les personnes saines. Le raccourcissement ou l'élargissement de la fosse scaphoïde se rencontrent très fréquemment chez les aliénés et les idiots. L'hélix manquait chez les aliénés et les idiots trois fois plus souvent que chez les normaux; mais c'est seulement sur une *idiote* que l'on remarqua une amélioration notable. L'hélix était large chez 3 à 4 0/0 des individus sains, 6 à 7 0/0 des aliénés et 12 à 15 0/0 des idiots. On trouve un anthélix surmontant l'hélix (*Wildermuth I*) deux fois plus souvent chez les idiots et trois fois aussi souvent chez les idiotes que chez les normaux. Le processus *cruris helicis ad antehelicem* était développé chez 6,5 0/0 des idiots et chez 3,4 0/0 des idiotes; on a observé un hélix triangulaire chez 1,4 0/0 des idiots. On n'a pas trouvé parmi les idiotes une seule oreille de *Macacus*.

L'anomalie fut, dans la plupart des cas, *bilatérale;* mais quand elle était unilatérale, elle siégeait le plus souvent du côté gauche. On ne trouve généralement qu'une seule anomalie par individu. SZENES.

Intubation du larynx; résultat de 100 cas, par WILLIAM HAILES. (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890, p. 1186.)

Dans ce nombre d'opérés, il y eut 38 cas de guérison primitive et 7 de guérison consécutive. L'introduction du tube s'est toujours accomplie sans grande difficulté; toutefois, l'extraction n'est pas sans demander quelques précautions, tantôt en raison

des fausses membranes qui le retiennent, tantôt de la mauvaise volonté du malade.

En résumé, l'intubation est un excellent traitement de la diphthérie laryngée, mais elle n'est pas plus infaillible que tout autre traitement. Son but est de maintenir la glotte perméable à l'air extérieur pendant que l'on combat l'infection à l'aide d'une thérapeutique appropriée. C. HISCHMANN.

Un cas de cancer du larynx traité par la thyrotomie, par J. DUNDAS GRANT, chirurgien de l'hôpital central de Londres. (**A case of intrinsic cancer of the larynx treated by thyrotomy**, by J. D. GRANT, England, surgeon to the central London throat and Ear Hospital. (*Brit. med. Journ.*, 28 mars et *New Orleans medical and surgical Journal,* mai 1891.)

Homme de 50 ans présente des symptômes d'une affection du larynx depuis huit mois; il est aphone, a des douleurs lancinantes vers l'oreille gauche; le cartilage thyroïde est un peu épaissi à gauche, et du même côté il y a un certain engorgement des ganglions carotidiens. Au laryngoscope on constate la présence d'une tumeur au niveau des cordes vocales supérieure et inférieure gauches, tumeur nodulaire faisant saillie au delà de la ligne médiane; le diagnostic de cancer est fait et confirmé par l'examen histologique d'un fragment enlevé. Dans ces conditions, on procède à l'opération le 25 août 1890: trachéotomie, canule à tampon de Hahn, mise à nu et incision du cartilage thyroïde sur la ligne médiane, curetage du larynx à l'aide de la cuillère et des ciseaux, lavage au chlorure de zinc; tout tissu malade ainsi détruit, on saupoudre la surface d'iodoforme, on suture le larynx et les parties molles. Le 13e jour la canule est enlevée; le 27e le malade quitte l'hôpital; six mois après, il n'y avait pas trace de récidive. M. W.

De l'existence de sensations gustatives dans le larynx, par le Dr P. MICHELSON. [**Ueber das vorhandensein von geschmacksempfindung im kehlkopf.**, von Dr. MICHELSON, **privat docenten in Königsberg**. (*Arch. f. path. Anat.,* Bd, 123, h. 3.)]

La première partie de cette leçon est consacrée à la description des corpuscules du goût de la muqueuse linguale; l'auteur rappelle ensuite que des organes de structure identique ont été décrits dans la muqueuse laryngée par Enricorerson et beaucoup d'autres auteurs après lui, on en avait conclu *à priori* que les saveurs pouvaient être perçues par la muqueuse laryn-

gée. L'auteur a montré par des expériences cliniques qu'il en est en effet ainsi. Il touche la surface laryngée de l'épiglotte, soit des cartilages aryténoïdes avec une solution amère (quinine) ou sucrée portée au bout d'une sonde de Schroetter; en examinant ainsi 25 personnes de 15 à 60 ans, il trouva que dans la majorité des cas la perception des saveurs était nette au niveau de ces régions et la localisation exacte : le goût était dans le larynx « dans le cou, très bas ». Le courant électrique a donné dans un cas un goût acide par l'anode, alcalin par le katode ainsi que pour la langue. Le nerf du goût est le glossopharyngien, comme pour la langue il s'y distribue soit directement (Krause), soit par le laryngé moyen (Exner), venu du plexus pharyngé et ne contenant pas de nerfs sensitifs. M. W.

Dégénérescence kystopneumatique du cornet moyen, par le Dr Hugo Zwillinger, de Budapest. (*Gyogyaszat*, n° 17, 1891; en allemand : *Wiener klin. Woch.*, n° 19, 1891.)

L'auteur dit que le *gonflement vésiculeux du cornet moyen* est une cause rare et peu étudiée jusqu'ici de l'obstruction nasale. Le cornet moyen se change en une bulle osseuse aérienne, et la partie antérieure du cornet est transformée complètement en une bulle hémisphérique, dont la cavité est séparée par une paroi qui communique avec le méat moyen nasal, ou seulement une partie circonscrite du cornet est élargie. L'auteur trouva dans un cas une grande tumeur hémisphérique, qui comprimait en haut le méat moyen nasal, et malgré la grandeur de la tumeur, la voix n'avait pas le timbre nasal. Au point de vue du diagnostic différentiel, l'auteur se met en garde contre l'idée de croire que ces bulles osseuses seraient un *mucocèle* de l'os ethmoïdale, ou un *ostéome* de la cavité nasale. L'auteur recommande le traitement galvanocaustique et, quand on ne peut pas entrer entre la bulle et le septum, il est indiqué de faire un petit trou dans la paroi de la bulle et de l'enlever par des ciseaux.

La non-observation de ces bulles osseuses chez les enfants est attribuée par l'auteur à des causes de peu de valeur, car les cas observés chez des vieillards sont très rares dans la littérature. SZENES.

Administration de la morphine par le nez, par Carl H. von Klein (Dayton, Ohio). (*Weekly medical Review*, n° 17, 1890.)

L'auteur du mémoire a administré la morphine par la voie nasale plus de cent fois — elle est simplement prisée, ne provoque aucune irritation, pourvu qu'on ait soin de ne pas aspirer

trop loin; son absorption est rapide, et partant l'action immédiate. La dose est celle de l'injection hypodermique. M. W.

Epistaxis, par LUSK et HUTCHINSON. (*Weekly medic. Review, Saint-Louis*, 1891.)

(W. M. R., nº 14.) Le docteur Lusk, de Bellevue, a recours depuis vingt ans au moyen suivant pour arrêter l'épistaxis : il pince simplement la portion cartilagineuse du nez à l'aide d'une pince à linge en ayant soin de saisir le nez dans le sens de la largeur. Dix minutes suffisent en général.

(W. M. R., nº 21.) Le Dr HUTCHINSON dit avoir toujours réussi à combattre le saignement de nez en plongeant les quatre extrémités du patient dans de l'eau aussi chaude qu'il est possible de la supporter. M. W.

Toux d'origine nasale. [Cough of nasal origine, by A. B. TRASHER, M. D. CINCINNATI. (*Weekly med. Review*, nº 18, 1891.)]

La toux d'origine nasale a pour point de départ une irritation de la pituitaire des cornets ou du septum; son timbre métallique particulier, l'absence d'expectoration facilitent le diagnostic souvent embarrassant, car le malade lui-même se trompe en général sur le siège du mal. L'auteur a rapporté au congrès de Louisville les trois faits suivants :

1º Toux rebelle depuis trois mois; des accès violents sont provoqués par un léger attouchement au cornet inférieur hypertrophié. La cautérisation de la muqueuse fait disparaître les accidents en trois jours.

2º Jeune femme toussant depuis trois mois; elle rapporte son mal à la gorge que l'on soigne sans succès. Le point sensible de la pituitaire est à l'extrémité postérieure des cornets inférieurs. Cautérisation, guérison au bout de deux mois.

3º Une toux datant de six mois disparaît par la cautérisation des cornets moyen et inférieur. M. W.

Trois cas de tuberculose de la muqueuse des voies respiratoires supérieures traités avec succès par la méthode de Koch, par M. P. MICHELSON. [**Verein fur wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg.** (*Société de médecine scientifique de Königsberg*, séance du 20 avril 1891.)]

Présentation de malades et de figures (1).

Obs. 1. — Garçon atteint d'un lupus étendu au voile du palais

(1) MIKULICZ et MICHELSON, atlas der krankheiten der mund und rachen hoehle (*Berlin Hirschwald* 1891. Tafel XVIII, f. 3 und. Tafel XXIII, f. 3.) Atlas des maladies de la cavité bucco-pharyngienne.)

et à ses piliers en grande partie détruits, à la base de la langue et à la face correspondante de l'épiglotte. L'iodure de fer et la créosote à l'intérieur, l'acide lactique localement ne donnèrent qu'une amélioration passagère bientôt suivie d'aggravation. Le traitement par les injections de tuberculine, commencé le 21 novembre et continué jusqu'au 17 janvier 1891, amena la guérison en apparence complète; le malade reçut douze injections de 0gr,005 à 0gr,1. Le poids a augmenté de 10 kilogrammes.

Obs. 2. — Fille de 19 ans, entrée à la clinique avec de vastes ulcérations tuberculeuses du nez et du voile du palais qui est en partie détruit; elle est de plus atteinte d'une néphrite chronique. L'évidement et la cautérisation n'ayant pas donné de résultat, on soumet la malade au traitement de Koch : injections quotidiennes d'abord, puis espacées ensuite, en élevant graduellement la dose de 0gr,001 à 0gr,14. Au bout de 24 jours de traitement les ulcérations de la cavité buccale étaient cicatrisées, celles du nez ne le furent que quelques semaines plus tard; après la cicatrisation complète le traitement fut cependant continué pendant plusieurs mois. La néphrite s'est améliorée après avoir subi une période d'aggravation.

Obs. 3. — Homme de 39 ans. Lupus de la cavité buccale, de la langue, du larynx (1). Une première injection de 0,005 provoque une réaction générale et locale violente, qui diminue et disparaît aux injections suivantes : la dose injectée monte jusqu'à 0,02 du 27 novembre 1890 au 15 mars 1891. Ici, pas de guérison complète, mais une amélioration considérable des lésions très étendues, très graves : involution des tumeurs, cicatrisation des ulcérations; l'état général s'est remarquablement amélioré.

Dans ces trois cas, il y a plusieurs faits importants à noter : le traitement a été gradué de façon non pas à provoquer la crise fébrile et inflammatoire, mais au contraire à l'éviter, et elle n'a en effet eu lieu que chez le dernier malade avec une certaine violence; la cicatrisation s'est faite sans nécrose et élimination par un processus rapide mais silencieux pour ainsi dire, et l'auteur arrive à croire absolument erronée l'opinion généralement admise qui veut que la nécrose soit l'effet nécessaire et seul curateur de la méthode de Koch; en vertu de cette manière de voir, on est allé jusqu'à injecter des doses de 1 gramme de liquide primitif afin de provoquer la réaction (clinique de V.

(1) Tafel XXIII, f. 4

Bergmann). Enfin, la séparation a fait chez le dernier malade de grands progrès plusieurs semaines après la cessation du traitement; il serait permis de supposer une action prolongée de la tuberculose. L'auteur ajoute enfin qu'à côté de ces trois succès il a eu de nombreux cas rebelles au traitement de Koch aussi bien qu'aux autres méthodes; il en est ainsi des tuberculoses secondaires décrites par Isambert et par Fraenkel. Le traitement par la tuberculine conviendrait le mieux aux lésions riches en bacilles. M. W.

Tumeur thyroïdienne, d'apparence maligne, qui disparut après la trachéotomie. Récidive à forme sarcomateuse, par G. R. Turner. (*Brit. med. Journ.*, 31 mai 1890, p. 1249.)

Une femme de 62 ans entra le 5 septembre 1888 à l'hôpital Saint-George avec une tumeur thyroïdienne datant de six mois, et occasionnant, par la compression de la trachée, une dyspnée considérable. La trachéotomie dut être pratiquée immédiatement, et très bas à cause du siège de la tumeur, de sorte que ne pouvant placer une canule ordinaire, on fut contraint d'introduire une sonde en gomme du n° 12.

Peu de temps après la tumeur diminua de volume et disparut presque complètement, malgré son aspect malin. Mais au commencement du mois de novembre, la tumeur s'accrut avec rapidité, et on dut en tenter l'ablation, à cause de la réapparition d'une dyspnée interne. Malgré tout, la malade succomba le 15 décembre, après une seconde trachéotomie qui s'était à nouveau imposée.

L'examen histologique révèle que cette tumeur était de nature sarcomateuse; une masse considérable infiltrait la trachée et les tissus voisins, mais l'origine exacte de ce néoplasme ne put être déterminée exactement. C. HISCHMANN.

Amygdales surnuméraires, par James Donelan. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai 1890, p. 1129.)

Un jeune homme de 21 ans se plaignait de l'augmentation de volume de ses amygdales et de la douleur fréquente qui en résultait. Parfois sa voix était rauque, surtout par les temps brumeux, et il éprouvait alors de la gêne à respirer librement. A l'examen, on constata que ses amygdales, hypertrophiées, se touchaient presque sur la ligne médiane. Voulant pratiquer également l'examen laryngoscopique, on fit l'ablation des deux amygdales au tonsillotome; et quelques jours plus tard, en pla-

çant le miroir laryngien, le médecin fut extrêmement surpris d'apercevoir une seconde paire d'amygdales placées symétriquement à la partie inférieure du pharynx, et masquant complètement la vue du larynx. L'ablation fut faite au moyen de l'anse galvanocaustique, sans accidents consécutifs.

Dans un autre cas, l'auteur a vu, chez un enfant de dix ans, une amygdale supplémentaire située sur la ligne médiane, immédiatement derrière la luette, sans aucune connexion avec l'amygdale de Luschka. C. HISCHMANN.

Bégaiement temporaire accompagnant une amygdalite, par H. RAINSFORD. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 1009.)

Le bégaiement survint dans le cours d'une amygdalite aiguë, sans qu'il y eut inflammation concomitante du larynx, et cette complication disparut en même temps que l'affection primitive, sans aucun traitement spécial. C. HISCHMANN.

Épithélioma primitif de l'amygdale, par J. WALKER DOWNIE. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 1008.)

Le cancer primitif de l'amygdale est très rare, il débute plus volontiers dans les régions avoisinant l'amygdale, et s'y étend ensuite par propagation.

Il s'agit ici d'un cas d'épithélioma primitif survenu chez un homme de 45 ans ; occupant l'amygdale gauche, l'affection gagna rapidement les piliers du voile du palais et la base de la langue, de façon à interdire toute tentative d'intervention chirurgicale.

C. HISCHMANN.

Hypertrophie des amygdales, par COHN. (*Weekly med. Review*, n° 8, 1891.)

Le Dr Cohn (clinique Jefferson) recommande le traitement suivant : un certain nombre de piqûres sont faites aux amygdales et un instrument chargé de pyoktanin est ensuite porté dans la profondeur des petites plaies. M. W.

Un cas d'inflammation idiopathique de la langue, par ALLEN MAC CULLOCH. (*Brit. med. Journ.*, 10 mai 1890, p. 1067.)

L'auteur ayant eu à examiner une jeune fille de 17 ans, d'apparence strumeuse, constata l'existence d'une langue extrêmement enflée et faisant saillie hors des arcades dentaires. Elle avait eu une attaque semblable neuf années auparavant, et n'avait guéri qu'après vingt-sept semaines de traitement. Assise dans son lit, elle était incapable de parler intelligemment

salive s'écoulait involontairement et en grande abondance. Elle ne souffrait que fort peu. Elle n'avait point fait usage de mercure ni d'autre substance toxique.

On lui administra un purgatif, de l'iodure de potassium, et on pratiqua des lavages répétés de la cavité buccale avec une solution d'acide borique. En dépit du traitement, le gonflement de la langue augmenta, et celle-ci s'ulcéra au niveau des points en contact avec les dents. On dut alors à plusieurs reprises appliquer des sangsues, et ce ne fut que sept semaines plus tard que la malade vit sa langue revenue à ses proportions ordinaires. L'auteur pense que des incisions précoces auraient abrégé la durée du traitement, mais l'entourage de la jeune fille s'y était formellement opposé. C. HISCHMANN.

Emploi de la pilocarpine pour la sécheresse de la langue, par J. G. BLACKMANN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1366, 14 juin 1890.)

L'extrême sécheresse de la langue est un symptôme des plus désagréables dans un certain nombre de maladies. On y obvie en général en faisant sucer de petits morceaux de glace, en la badigeonnant de collutoires divers, mais le résultat n'en est que temporaire. J'ai souvent employé en pareil cas la pilocarpine sous forme de petites lamelles gélatineuses déposées à la surface de la langue préalablement humectée d'une goutte d'eau. En peu de temps, il s'établit un flux salivaire modéré, qui se prolonge pendant 24 heures, et s'accompagne de transpiration. Le malade, pendant ce temps, éprouve un bien-être considérable. C. HISCHMANN.

Corps étranger du voile du palais, par THOMAS STEVENSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 205, 26 juillet 1890.)

Un homme de 58 ans se présente à la consultation avec les apparences d'une angine aiguë; toutefois, au bout de deux jours, un œdème considérable du voile du palais se manifesta, et on vit sourdre des gouttelettes de pus par un orifice à peine perceptible. A la suite d'une incision, on fut surpris de voir saillir un corps étranger qui n'était autre qu'un morceau de tuyau de pipe en terre. Le malade ne sut point donner une explication plausible de la pénétration de ce corps étranger dans son voile du palais. C. HISCHMANN.

Traitement de la diphtérie, par LŒFFLER. (*Deut. med. Woch.*, nº 10, 1891.

Le professeur Lœffler a étudié *in vitro* l'action d'une grande quantité de médicaments sur le bacille bien connu maintenant

de la diphthérie. Quelques-uns des médicaments qui agissent sont trop toxiques à la dose nécessaire et ne peuvent être usités. Il résulte des recherches de cet auteur, si compétent en pareille matière, que le sublimé, le cyanure de mercure et l'acide phénique sont les agents médicamenteux que l'on doit surtout employer. Le sublimé et le cyanure de mercure doivent être conseillés en gargarisme et lotion à la dose de 1/10,000, qui sera suffisante quand les fausses membranes seront très récentes et comme prophylactique, mais, dans le cas contraire, il faudrait appliquer le sublimé jusqu'à la dose de 1/1000, l'acide phénique à la dose de 3 à 5 0/0 sera utile comme badigeonnage. L'auteur recommande encore comme prophylactique l'eau chloroformée; l'eau chlorée à la dose de 1/100 et le thymol à 1 pour 500. C'est le sublimé et l'acide phénique qui seraient les agents les plus sûrs et les plus pratiques. A. G.

Traitement de la diphthérie, par le Dr A. Seibert. (*New-York med. Journ.*, 6 décembre 1890.)

Les considérations suivantes dictent le traitement: la diphthérie primitivement locale est due à l'invasion dans la muqueuse d'un germe spécial associé à d'autres variables qui causent les variétés cliniques de la maladie. La fausse membrane est un exsudat de fibrine et de leucocytes venu des vaisseaux et coagulé dans les couches superficielles de l'épithélium, mais les couches profondes ont été nécessairement traversées, elles sont infectées et infiltrées — la membrane diphthérique n'est que la conséquence et l'indice des processus profonds. D'où il suit que le traitement local superficiel, si énergique soit-il, ne peut être d'aucun effet, la destruction des fausses membranes est inutile, puisque le bacille est plus profond — il faut aller le détruire par des injections bactéricides intra et sous-muqueuses. Un instrument a été construit dans ce but: seringue, long tube assez fort, mais flexible permettant d'atteindre facilement le pharynx, enfin un petit tube creux terminé par cinq pointes d'aiguilles se vissant au bout de l'instrument. Les piqûres sont indolentes et on introduit aisément quelques gouttes de solution dans la muqueuse; l'auteur se sert d'eau chlorée. Sur 7 cas ainsi traités, il y a eu un cas de mort par trachéo-bronchite diphthérique.

M. W.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

Oreille.

Der Ohrschmerz und seine Behandlung. L'otalgie et son traitement, par B. Gomperz (*Centralblatt f. gesam. Therapie*, h. V, 1890).

Spontaner symmetrischer Gangrän an beiden Ohrmuscheln. Gangrène symétrique spontanée des deux pavillons, par Urbantschitsch (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 30 mai; in *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 10 juin 1890).

Traitement opératoire de la thrombose des sinus, par F.-A Salzer (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 13 juin; in *Wiener klin. Woch.*, 21 août 1890).

Ueber den therapeutischen Werth einiger neuerer in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. Sur la valeur thérapeutique des modes de traitement les plus nouveaux en otologie, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 24 juin 1890).

Die « Tonbringer ». Les porte-son, par A. Rettig (*Monats. f. Ohrenh.*, *etc.*, mai et juin 1890).

Die des infectorische Gehörgangstamponade. Les tampons désinfectants du conduit auditif, par L. Lœwe (*Monats. f. Ohrenh.*, juin, juillet et août 1890).

Catarrhe de la caisse du tympan et affection labyrinthique guéris par la pilocarpine, par Böke (*Wiener med. Presse*, n° 24, 1890).

Simulation d'une affection auriculaire devant la justice, par Kœrner (*Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890).

Der acusticusstamm ist durch Schall erregbar. Le tronc de l'acoustique est excitable par le son, par R. Ewald (*Berl. klin. Woch.*, 11 août 1890).

I. Audition et paralysie faciale. — II. Otite et paralysie faciale, par Gellé (Section d'otologie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Les microorganismes dans les otites moyennes purulentes, par Moos, Zaufal et Gradenigo (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Sur l'organe de l'ouïe, par Katz (Sect. d'anat. congrès int. de Berlin, août 1890).

Cholestéatome de l'oreille, par Kuhn et Bezold (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Peut-on considérer l'ouverture de l'apophyse mastoïde faite en partant du conduit auditif externe comme égalant les autres méthodes communément employées ? par Hessler (Section d'otol. congrès de Berlin, 7 août; in *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Traitement consécutif à la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Kretschmann (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Indications pour l'excision du marteau et de l'enclume, par Stacke (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Anatomie pathologique du labyrinthe, par Steinbrügge, Schwabach et Gradenigo (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Statistique des maladies d'oreille, par L. Jacobson (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente, par Mc Bride et G. Gradenigo (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Lésions de la corde du tympan dans l'otite moyenne purulente aiguë, par Kirchner (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Quand doit-on pratiquer la ténotomie antérieure du tenseur du tympan ? par Kessel (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Etiologie des otites moyennes provoquées par les injections naso-pharyngiennes, par Guye (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 16 mars 1891).

Diagnostic et traitement des otites moyennes chroniques, par Giampietro (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Surdi-mutité en Norwège et en Danemark, par Uchermann et Mygind (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Présentation d'instruments pour l'examen de l'acuité auditive, par Bezold (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Démonstrations de préparations anatomo-pathologiques de la cavité tympanique et d'instruments, par A. Politzer (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

I. Expériences d'avulsion de l'étrier chez les animaux. — II. Présentation d'instruments, par R. Botey (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Contribution à la morphologie de l'anthélix, par G. Gradenigo (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Développement de l'articulation du marteau et de l'enclume, par Draispul (Sec. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Recherches expérimentales sur la physiologie de l'oreille moyenne, par Secchi (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Les affections de l'oreille dans l'influenza, par Ludewig et Szenes (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

La méthode de Schwartze pour l'opération du cholestéatome, par Wegener (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Procédé opératoire pour l'abcès cérébral otique, par Vohsen (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Sur la diplacousie, par Kayser (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Otite interne consécutive à la syphilis héréditaire, par Wagenhaüser (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Traitement de la surdité, du vertige et de l'otorrhée par l'excision de la membrane du tympan et des osselets, par S. Sexton (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Des bruits subjectifs dans l'otite interne, par G. Gradenigo (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 9 septembre 1890).

Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. De l'examen de la perception du son à travers les os, par C. Corradi (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ein zweiter Fall von Verletzung des Bulbus der Vena jugularis interna bei Paracentese des Trommelfells. Un second cas de lésion du bulbe de la veine jugulaire interne par la paracentèse du tympan, par Hildebrandt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Zwei Fälle von Nekrose der Schnecke. Deux cas de nécrose du limaçon, par Thies (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ein Fäll von erworbener Taubstummheit mit section. Un cas de surdimutité acquise avec examen des coupes, par P. C. Larsen et Holger Mygind (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Eine neue Method zur Gewinnung von corrosions präparaten des Ohrlabyrinths. Une nouvelle méthode pour réussir les préparations corrosives du labyrinthe de l'oreille, par O. Eichler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Otite de l'influenza, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille, par B. Gompers (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Zur morphologie der Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten. Sur la morphologie du pavillon de l'oreille chez les normaux, les aliénés et les criminels, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ueber die fossa jugularis und die Kochenlücken im Boden der Paukenhöhle. Sur la fosse jugulaire et les lacunes osseuses du fond de la cavité du tympan, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ueber ein neues elektrisches Akumetermodell. Sur un nouveau modèle d'acoumètre électrique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

La pyoctanine dans les maladies d'oreille, par Patrzek (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 6 août 1890).

Sur la statistique des maladies d'oreille, par K. Bürkner (*Wiener klin. Woch.*, 25 septembre 1890).

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec symptômes cérébraux, par Barth (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Observations d'affections de l'apophyse mastoïde avec remarques, par Ferrer (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Recherches bactériologiques sur les processus inflammatoires de la caisse du tympan, par Kanthack (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Histologie des polypes de l'oreille, par Klingel (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Un cas de corps étranger de la caisse du tympan, par Mandelstamm (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille, par Noltenius (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, septembre et octobre 1890).

Ueber knöcherne Ankylose des Steigbügels mit demonstration mikroskopischer Präparate. Sur l'ankylose osseuse de l'étrier avec démonstration de préparations microscopiques, par Katz (*Verein f. Innere Medicin*, 7 juillet; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Ueber Gefässneubildung im haütigen Labyrinth durch Bakterien bewirkt Sur la formation de vaisseaux dans le labyrinthe membraneux, amenée par les bactéries, par Moos (*Wandersanmlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden*, 7 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Etiologie de l'otite moyenne, par Bordoni-Uffreduzzi et G. Gradenigo (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

I. Hémorragie du labyrinthe à la suite d'une anémie pernicieuse. — II. Hémorragie labyrinthique consécutive à une anémie simple. — III. Un cas d'ossification de la membrane tympanique, par J. Habermann (*Prager med. Woch.*, n° 39, 1890).

Ein neues Verfahren zur Herstellung einer bleibenden künstlichen Perforation im Trommelfell. Un nouveau moyen pour établir une perforation artificielle permanente du tympan, par Shirmunsky (Sect. d'otol. du congrès de Berlin, août 1890).

Sur l'atrésie du conduit auditif externe, par Bishop (Section d'otol. du congrès de Berlin, août 1890).

Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahren bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. Sur l'abus du procédé de Politzer pour le traitement des affections de l'oreille, par K. Bürkner (*Berl. klin. Woch.*, 3 novembre 1890).

Zur ontogenetischen Bedeutung der congenitalen Fissuren des Ohrlaeppchens. Du traitement ontogénétique des fissures congénitales du lobule de l'oreille, par V. Swiecicki (*Arch. f. Anat. und Phys. Anat. Abth.*, p. 2'5, 1890).

Compte rendu de la section otologique du 10e congrès international de médecine de Berlin, par S. Szenes (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre et octobre 1890; janvier et février 1891).

Rapport sur les malades traités à la clinique otologique du professeur J. Gruber à l'Université I. R. de Vienne pendant l'année 1889 (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, octobre 1890 et mars 1891).

Bakteriologische Beobachtungen über den Inhalt der Eustachischen Trompete bei chronischen, katarrhalischen Mittelohrentzündungen. Remarques bactériologiques sur le contenu de la trompe d'Eustache dans les otites moyennes catarrhales chroniques, par A. Maggiora et G. Gradenigo (*Cent. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde*, n° 19, 1890).

Handbuch der Ohrenheilkunde. Manuel d'otologie, par W. Kirchner (Un vol. de 226 pages, 3e édition, Wreden, éditeur, *Berlin*, 1890).

Vorlesungen über Ohrenheilkunde. Leçons sur l'otologie, par A. Bing (Un vol. de 286 pages, Braumüller, éditeur, *Vienne*, 1890).

Die angeborene Taubheit. La surdité de naissance, contribution à l'étiologie et à la pathogénie de la surdi-mutité, par Holger Mygind (Broch. de 119 pages, Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1890).

Traitement chirurgical de l'otite moyenne aiguë, par Szenes (*Int. klin. Runds.*, 28 septembre 1890).

Zur Ambosscaries und Ambossextraction. Sur la carie de l'enclume et son extraction. Contrôle pendant un an et continuation de la casuistique portée de 32 à 75 cas, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, H 4, décembre 1890).

Compte rendu de la 10e réunion des otologistes de l'Allemagne du Sud et de la Suisse, à Nuremberg, le 25 mai 1890, par B. Burkhardt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, h. 4, décembre 1890).

Beitrag zur Behandlung des sklerotischen Mittelohrleidens. Contribution au traitement de la sclérose de l'oreille moyenne, par B. Lœwenberg (*Deuts. med. Woch.*, n° 28, 1890).

Deux cas de cancer du pavillon, par E. Valy (*Pester. med. chir. Presse*, 26 octobre 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Entwicklung der Kiemenbogen und Kiemenbogenenanhänge besonders mit Rücksicht auf die Entwicklung des aüsseren Ohres. Sur le développement de l'arc branchial et de ses dépendances, avec un coup d'œil en particulier sur le développement de l'oreille externe, par Schwalbe (*Naturwiss. med. Verein, Strasburg i E.*, 14 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 1er janvier 1891).

Nécrologie d'A. von Trœltsch, par H. Schwartze (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Rapport sur le fonctionnement de la clinique otologique de l'Université royale de Halle s/S du 1er avril 1889 au 31 mars 1890, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

De l'histologie du conduit du limaçon, par L. Katz (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Ueber Gehörstörungen bei Meningitis cerebrospinalis und ihre anatomische Begründung. Sur les troubles de l'ouïe dans la méningite cérébro-spinale et leur confirmation anatomique, par Schwabach (*Zeits. f. klin. med.*, Bd XVIII, h. 3, u. 4, 1890).

Hygiene des Ohres. Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino, traduction allemande d'E. Fink (Broch. de 85 pages, *Druckerei Actien Gesellschaft, Hambourg*, 1891).

Zur Behandlung der chronischen, eitrigen Mittelohrent zündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. Sur le traitement de l'otite moyenne suppurée chronique par la perforation de la membrane de

Shrapnell, par J. Gruber (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 6 et 13 janvier 1891).

Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie. Quelques notes sur les affections de l'oreille pendant la dernière épidémie d'influenza, par S. Szenes (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, novembre et décembre 1890).

Compte rendu des travaux de la section otologique de la réunion des naturalistes et médecins allemands à Brême en 1890, par T. Koll (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, décembre 1890).

Ein einfaches Ohren-Kehlkopf, Nasenphantom. Un fantôme simple pour l'oreille, le larynx et le nez, par R. Haug (*Berl. klin. Woch.*, 12 janvier 1891).

Zur Geschichte der sinus thrombose in Folge von Otitis media. Contribution à l'histoire de la thrombose des sinus consécutive à l'otite moyenne, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, n° 3, 1891).

I. Einiges zur Warzenforsatz-Eroeffnung. Sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde. — II. Ein Fall von mangelhafter Bildung beider Gehörorgane. Un cas de malformation des deux oreilles, par T. Heiman (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, 1890).

Stimmgabel und Stimmgabelversuche. Diapason et essais de diapason, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, janvier 1891).

Beitrag zur Pathologie, pathologischen Anatomie und Therapie des Gehörorgans. Contribution à la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique de l'organe de l'ouïe, par A. Politzer (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 13 février ; in *Wiener klin. Woch.*, 19 février 1891).

Massage bei Ohren und Nasenkrankheiten. Massage dans les affections de l'oreille et du nez, par Berthold (*Verein f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr.*, 24 novembre 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 23 février 1891).

Ein Fall von hörbaren Ohrgeraüschen. Un cas de tintement d'oreille perceptible, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 février 1891).

Ueber Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit. Sur l'épreuve de l'ouïe et indications internes du pouvoir auditif, par Schwabach et A. Magnus (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. Sur l'emploi de la pyoctanine en otologie, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Otite de l'influenza, par A. Jansen (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Beziehungen der Mikroorganismen zuden Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. Sur les relations des microorganismes avec les inflammations de l'oreille moyenne et leurs complications, par E. Zaufal (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Compte rendu des séances de la section d'otologie du congrès international de médecine de Berlin (4-9 août 1890), par L. Blau (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Die pathologische Anatomie des Gehörorgans. L'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe, par H. Steinbrügge (Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1891).

Die morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel bei Gesunden, Geisteskranken und Idioten. Les modifications morphologiques du pavillon de l'oreille chez les normaux, les aliénés et les idiots, par E. Vali (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 17 mars 1891).

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studirende und Aerzte. Manuel d'otologie à l'usage des étudiants et des médecins, par F. Rohrer (Un vol. de 240 pages avec 125 figures, F. Deuticke, éditeur, *Leipzig* et *Vienne*, 1891).

Ueber Paracentese des Trommelfelles. Sur la paracentèse de la membrane du tympan, par Kirchner (*Phys. med. Gesellsch. zu Wurzburg.*, 14 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 9 avril 1891).

Sur la fonction de l'appareil des otolithes, par I. Breuer (*Arch. f. gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 1911).

Recherches sur le contenu de la caisse chez les nouveau-nés et les animaux, par Gradenigo et Penzo (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Des microorganismes et des complications qui en dépendent dans les maladies de l'oreille moyenne, par Gradenigo (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

La question de la perforation de la membrane de Shrapnell; remarques sur la formation des cholestéatomes, par Schmiegelow (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Du cholestéatome de l'oreille, par Kuhn (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Du cholestéatome de l'oreille moyenne, par Bezold (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Deux cas d'adénome glandulaire de l'oreille, par Klingel (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Les éminences auriculaires chez les reptiles; contribution à la philogénie de l'oreille externe, par G. Schwalbe (*Anat. Anzeiger.*, n° 2, 1891).

Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin, 1889-90. Compte rendu de la section otologique de la polyclinique générale de Turin, 1889-90, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

La corrosion métallique, par F. Siebenmann (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

Bericht über die im Etatsjahre 1889-90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zù Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Rapport sur les maladies observées à la polyclinique otologique de Göttingue pendant les années 1889-90, par Bürkner (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

Un nouveau cornet acoustique pour les sourds, par Aschendorf (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1891).

Atlas microphotographique de l'anatomie normale et pathologique de l'oreille, par L. Katz (1re partie contenant 10 photographies, A. Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1891).

Inneres Ohr. L'oreille interne, par G. Fano et G. Masini (*Centralblatt. f. Physiol.*, t. IV, 25).

Ueber Mittelohrentzündungen nach Nasenschlunddouche. Des otites moyennes consécutives aux irrigations nasales, par B. Lœwenberg (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Zur chirurgischen Behandlung der acuten Paukenhöehlen entzündung. Traitement opératoire des inflammations aiguës de la cavité du tympan, par S. Szenes (*Centralblatt f. gesammte Therapie*, h. V, mai 1891).

Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen. Le poids des osselets de l'ouïe chez l'homme, par A. Bistrzycki et Kl. v. Kostanecki (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, mars 1891).

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberkulin. Sur la marche des otites moyennes suppurées chez les tuberculeux traités par la tuberculine, par Schwabach (*Deuts. med. Woch.*, n° 20, 1891).

Le lysol et le naphtol-B dans le traitement des maladies de l'oreille, par Haug (*Münch. med. Woch.*, nos 11 et 12, 1891).

Sur une nouvelle modification du traitement par l'acide borique des otites moyennes suppurées chroniques, par Scheibe (*Munch. med. Woch.*, n° 14, 1891).

Corps étranger du conduit auditif externe, par T. Schmidt (*Munch. med. Woch.*, 21 avril 1891).

Sur le traitement des furoncles du conduit auditif, par Grünwald *Munch. med. Woch.*, 3 mars 1891).

Ueber die functionelle Wichtigkeit der Schnecke. Sur l'importance fonc-

tionnelle du limaçon, par C. Corradi (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Ueber die Borsaüretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Sur le traitement des suppurations chroniques de l'oreille par l'acide borique avec communications sur une nouvelle préparation boriquée, par M. Jaenicke (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenforsatzes nach Masern. Trois cas d'otite moyenne aiguë avec carie aiguë de l'apophyse mastoïde à la suite de la rougeole, par M. Bolt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Sur l'otite de l'influenza, par Hessler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorgans in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. Sur les malformations congénitales du conduit auditif en rapport avec les kystes et les fistules d'origine branchiale, par A. Schwendt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmenden Alter. La perte des sons élevés avec l'âge. Une nouvelle loi, par H. Zwaardemaker (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 32, h. 1, mai 1891).

De l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales, par Bjoljakow (Congrès des méd. russes; in *Neurol. Centralblatt*, 1er avril 1891).

ERRATUM

Le Dr Hermet nous prie de rectifier ainsi qu'il suit le compte rendu de la séance du 6 juin de la *Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris :*

Page 476, au lieu de : « J'ai eu une de mes malades atteinte de syphilis, présentant une plaque muqueuse près de la trompe, chez laquelle ayant prescrit, etc., lire : « *La malade de M. Morel-Lavallée à laquelle fait allusion M. Cartaz était soignée par moi pour une otite moyenne purulente survenue au cours d'une syphilis secondaire du pharynx et chez laquelle*, etc. »

Page 476 également; au lieu de : « Chez moi du reste il existe une idiosyncrasie spéciale pour la morphine, une pilule de 0,02 1/2 me cause, etc., lire : *Un de mes maîtres dans les hôpitaux me disait ces jours derniers qu'après l'ingestion d'une pilule de* 0,02 1/2 *d'extrait thébaïque il avait éprouvé les symptômes d'un véritable empoisonnement.*

NOUVELLES

Nous lisons dans le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc., du Dr Grazzi, que, par décret du 14 juin 1891, le Dr E. de Rossi, professeur *extraordinaire* d'otologie et de laryngologie à l'Université royale de Rome, vient d'être promu professeur *ordinaire* pour l'enseignement de ces matières à la même Université.

Comme on le voit, les spécialités oto-laryngologiques prennent de jour en jour plus d'importance dans l'ensoignement supérieur des universités étrangères et y jouissent d'une assez grande considération pour augmenter le degré scientifique du grade professoral.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Terapia clinica dei difterici coll' esame critico degli ultimi metodi di cura in specie della scuola medica francese basato sulla propria osservazione clinica e sugli ultimi progressi della batteriologia nella difteria (Thérapeutique clinique des diphthéritiques avec l'examen critique des dernières méthodes de traitement, en particulier de l'école médicale française, basé sur l'observation clinique de l'auteur et sur les derniers progrès de la bactériologie de la diphthérie, par V. Cozzolino. (In-8° de 100 pages avec figures ; prix : 2 francs ; L. Vallardi, éditeur, Milan, 1891.)

L'istrumentario e la tecnica chirurgia pei seni nasali (frontali, mascellari, etmoidali e sfenoidali) (Les instruments et la technique chirurgicale pour les sinus du nez (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux et sphénoïdaux), par V. Cozzolino. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 6, 1891.)

Stricture of the larynx (Rétrécissement du larynx), par J. Solis-Cohen. (Leçon faite au « Jefferson Medical College », Philadelphie, 1891.)

Note sur quelques points spéciaux relatifs au diagnostic et au traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Deschamps. (*Dauphiné Médical*, juin 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (Juin et juillet 1891 ; Lecrosnier et Babé, éditeurs.)

Despre vegetatiunile adenoide ale faringelin nasal si in special despre tratament si complicatiunile lin (Des végétations adénoïdes du pharynx nasal et de leurs complications), par G. Niculescu. (*Thèse de doctorat de la Faculté de médecine de Bucharest*. Cucu, éditeur, Bucarest, 1891.)

Tres casos de laringisme inhibitorio, par R. Botey. (Tirage à part des *Arch. int. de lar.-otol.*, etc., juillet-août 1891.)

The first annual report of the Eye, Ear, Nose and Throat hospital (Premier compte rendu annuel de l'hôpital pour les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, ouvert à la Nouvelle-Orléans le 15 juillet 1889.)

On the value of the inhalation of chlorine gas and the use in of iodine and chloride of gold and sodium hypodermically in the treatment of pulmonary consumption with an abstract of the clinical history of twenty seven cases (Valeur des inhalations de chlore et l'emploi hypodermique de l'iode et du chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la phtisie pulmonaire ; avec un extrait de 27 observations), par H. Gibbes et E. L. Shurly. (Extrait de *the Therap. Gazette*, 15 août 1891.)

Zur Bekaempfung des Glottis krampfes nach endolaryngealen Eingriffen (Moyen d'éviter le spasme de la glotte dû à des opérations endo-laryngées, par R. Kayser. (Extrait du *Therap. Monatsch.*, octobre 1890.)

Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs, par M. Mandelstamm. (Broch. de 48 pages ; H. Jouve, imprimeur, Paris, 1891.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 60.8.91.

Septembre 1891. — N° 9.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

VALEUR SÉMÉIOTIQUE DES BATTEMENTS PULSATILES CONSTATÉS A L'ENDOTOSCOPE.

Par le D[r] GELLÉ

CLINIQUE OTOLOGIQUE.

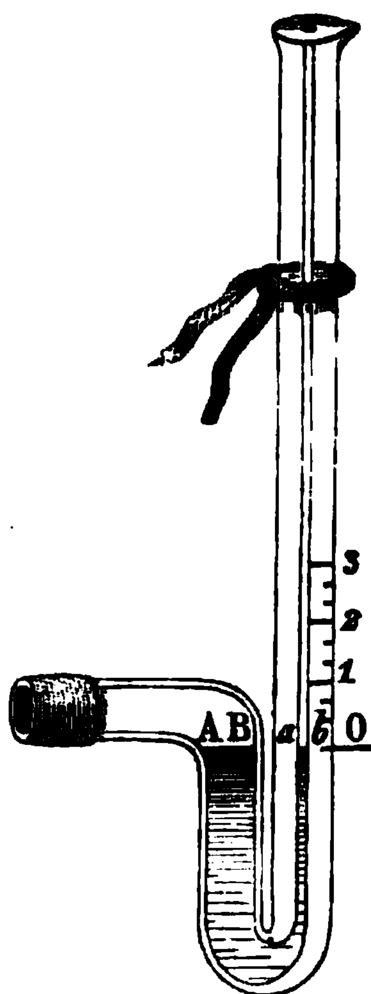
L'organe de l'ouïe est inclus dans de vastes cavités osseuses ; l'oreille moyenne n'est en réalité qu'une cellule osseuse dont une seule paroi, le tympan, est mobile, extensible et accessible aux regards. Aussi tous les accidents de la tension intérieure se trahissent-ils par des changements d'aspect et de forme de la membrane du tympan, de même que le jeu des parties et les signes de l'aération naturelle ou artificielle de la cavité se montrent clairement dans les diverses modifications de la voussure, de la tache lumineuse et de la translucidité, etc... de cette mince cloison mobile. Ce sont là des symptômes objectifs de premier ordre qui constituent les éléments les plus sérieux du diagnostic otologique. Cependant il n'est plus à démontrer combien aléatoires sont les jugements portés sur l'état de l'organe et de la fonction de l'ouïe quand on les base uniquement sur les signes fournis par l'inspection. A ce point de vue, il existe une différence profonde dans la valeur de ces signes en sémiotique auriculaire et oculaire.

La situation cachée des oreilles moyennes et la facilité avec laquelle les lésions superficielles masquent rapidement le fond et s'opposent à tout examen au delà de la cloison vibrante, donnent, au contraire, une importance majeure aux

procédés et aux méthodes que ces conditions anatomo-pathologiques n'altèrent pas, et qui rendent appréciable le jeu de ces parties profondes et inaccessibles aux regards.

L'endotoscope amplifie et manifeste au dehors les mouvements du tympan les plus légers, soit par les oscillations et les changements brusques de niveau, soit par les pulsations visibles de la colonne liquide qui le constitue.

Véritable manomètre en somme, c'est un instrument sim-



ENDOTOSCOPE DU Dr GELLÉ.
AB. Niveau des liquides du gros tube dont le calibre égale 5 fois le petit tube *a b*.
0. Niveau dans le tube vertical gradué.

ple et qui rend de grands services en permettant ainsi de découvrir certains phénomènes physiologiques ou pathologiques difficiles ou impossibles à étudier directement. L'endotoscope du Dr Gellé est un tube en U, sorte de manomètre de verre qui s'adapte au conduit auditif externe; son calibre dans la tige verticale (= 10 cent.) est tel qu'il y a une ascension de 5 millimètres pour un déplacement du niveau du liquide de 1 millimètre dans la grosse branche adaptée à l'oreille. Il y a ainsi une amplification suffisante des oscillations transmises au liquide du manomètre par les mouvements de la membrane

du tympan, de la mâchoire (ceux-ci à éviter), ou par les pulsations des vaisseaux dans les cas pathologiques.

L'instrument est introduit dans le conduit en soutenant le pavillon, et maintenu en place par une bande frontale élastique (Voir la figure).

Pour obtenir un niveau bien fixe et visible, il faut remplir le tube d'eau simple (toute teinture crasse le tube) en l'aspirant par la tige verticale, l'instrument baignant dans le verre d'eau ; et pendant l'introduction, un doigt bouche l'orifice libre pour éviter l'issue du contenu soit dans l'oreille du sujet soit en dehors.

En otologie, dans bien des conditions pathologiques, il n'est pas besoin d'artifice pour constater l'existence de mouvements, battements, pulsations, dans l'aire du speculum auris; et le phénomène est très facilement appréciable. La surface du liquide exsudé miroite éclairée par le réflecteur, et on observe les soulèvements et dépressions alternatifs de la tache lumineuse réfléchie ; en abstergeant le fond avec la boulette d'ouate, tout disparaît ; puis une nouvelle couche de sécrétion fluide couvre la surface en vue et les pulsations recommencent. On sait la valeur de ces signes, on les observe dans l'otite aiguë, dans l'othorrée au moment des poussées aiguës sur les fongosités, sur les produits exsudés à la surface de la muqueuse tympanique enflammée et mise à nu; c'est de la clinique de tous les jours. Mais comme on a vu les mêmes lésions de la caisse, avec exsudat, exister sans battements, il faut en conclure que ceux-ci trahissent une phase spéciale de la maladie, quelque chose qui s'y ajoute momentanément. En effet, il s'agit d'une fluxion ou poussée nouvelle inflammatoire, d'un retour à l'état aigu avec fièvre locale ; c'est la suractivité dans la circulation tympanique et aussi l'intensité du processus qui se trahissent ainsi.

Dans ces conditions, l'œdème inflammatoire comble les cavités auriculaires, la tension vasculaire soulève et gonfle les tissus hypertrophiés et les pulsations artérielles deviennent perceptibles, comme le pouls de la radiale, grâce à la paroi osseuse de la caisse résistante.

La goutelette liquide donne le trait lumineux dont les

soulèvements isochrones au pouls manifestent l'état d'hyperhémie de l'organe profond.

Mais on peut quelquefois constater des battements, des mouvements d'expansion, des changements intermittents de coloration à la surface du tympan non perforé; cela se voit sur le tympan rouge vif, cramoisi, bombé en dehors, quand les hasards de la pratique font examiner une otite aiguë dès les premiers jours, à la période fluxionnaire, avant toute altération de tissu et la formation d'exsudat, bien avant la période de suppuration qui modifie si complètement l'aspect de la membrane otique.

Cependant ce sont des moments de l'évolution inflammatoire qu'il n'est pas très fréquent de saisir et d'observer; et l'on sait combien pareille chose est regrettable, puisqu'une incision profonde du tissu engorgé amène le plus souvent la résolution rapide du processus, quand bien même il y a du côté opposé une otite suraiguë infectieuse en pleine suppuration. Mais, dans ces cas, les phénomènes fluxionnaires ont une intensité telle que les battements pulsatiles sont des signes presque de pure curiosité clinique et leur constatation n'apporte en définitive aucun élément utile au diagnostic; de plus, ils sont évidents et attirent les regards de l'observateur, et il n'est besoin d'aucun artifice expérimental pour voir les pulsations, grâce à l'énergie du phénomène. Ce n'est pas seulement dans ces cas aigus, à marche active et manifestement inflammatoire que l'hyperhémie de la muqueuse tympanique se rencontre ; et de plus il existe une foule de conditions anatomo-pathologiques où l'inspection de la caisse est rendue impossible ou sans pénétration par suite des altérations du tissu du tympan qui couvre le tissu d'un voile opaque; enfin, il y a des combinaisons et des variétés de sièges des lésions vasculaires chroniques ou subaiguës de la cavité tympanique que les aspects du tympan ne décèlent aucunement; de sorte qu'il y a plutôt alors tendance pour le clinicien qui juge du fond par la surface à admettre par suite une marche décroissante de processus locaux qui ne se trahissent aux yeux par rien de significatif. L'exploration faite

avec l'endotoscope permettra souvent en pareilles circonstances de découvrir un état subinflammatoire, congestif, peu apparent, et la raison d'être de troubles subjectifs persistants et inexpliqués.

Cet instrument manométrique rendra donc manifestes en les amplifiant les signes de la fluxion cachée, de l'hyperhémie méconnue du fond de la caisse.

Les pulsations transmises à la colonne liquide montreront de toute évidence qu'il y a derrière le tympan atone un œdème inflammatoire expliquant la compression du labyrinthe et l'allure de l'affection.

Ainsi à des hypothèses plausibles, on aura substitué la précision et la netteté du fait. Ce battement pulsatile annonce la vascularisation anormale et la réplétion de la caisse ; il prouve qu'il existe une lésion intratympanique, et que cette lésion est inflammatoire et congestive.

De là une indication des plus sérieuses d'un traitement topique antiphlogistique se déduit d'ores et déjà ; l'idée pathogénique en est le guide logique et sûr. On parlait déjà, en l'absence de signes objectifs nets, démonstratifs, de neurasthénie, de troubles purement subjectifs de l'ouïe ; il se trouve simplement une lésion auriculaire indiscutable. D'autres fois, c'est tout l'opposé, les troubles subjectifs, les bruits agaçants à forme de battements, les pulsations otiques décrites par les malades semblent faire présumer l'existence d'un état des plus congestifs de l'organe auditif ; mais l'examen endotoscopique montre que tout dans l'appareil se meut normalement et qu'il y a absence de battements pulsatifs.

Or, souvent un tympan opaque ou très insignifiant n'avait pas permis d'aller aussi loin dans le diagnostic de l'état local ; n'est-ce pas un élément important à connaître que la persistance ou l'absence de la fluxion sournoise intra-tympanique ? et n'est-on pas aussitôt renseigné sur la nature même du mal, comme sur la direction à donner au traitement.

Quand un sujet a présenté ces pulsations du liquide de l'endotoscope à une phase initiale aiguë de sa maladie ; qu'on les a vues cesser un certain temps pendant la convalescence ; leur réapparition, coïncidant avec le retour des

troubles auditifs, n'a-t-elle pas une grande valeur; et surtout n'explique-t-elle pas bien ce redoublement ou la récidive, et souvent bien mieux qu'une banale obstruction tubaire dont l'action pathogénique est trop facilement alors exclusivement admise. Le diagnostic du siège précis du processus est ainsi nettement précisé, c'est à l'oreille moyenne qu'il faut adresser le traitement.

La méthode de l'endotoscope est précieuse pour reconnaître l'état de la circulation sanguine dans la caisse du tympan. De plus, elle vient en aide à l'observateur trop souvent privé de signes objectifs dans les affaires secondaires, dans les récidives d'otites moyennes diathésiques, etc.

Pour ma part, je dois à cette recherche méthodique des états fluxionnaires intra-tympaniques, d'avoir pu reconnaître à leur origine certaines congestions otiques sans symptômes précis autres que les troubles subjectifs (vertiges, bruits, craquements, lourdeur de tête, incapacité intellectuelle, etc.) ou, au contraire, d'avoir constaté la persistance de ces états fluxionnaires à des périodes souvent très éloignées du début de l'affection, jugée en résolution cependant, malgré une surdité rebelle.

A l'endotoscope, je dois d'avoir posé le diagnostic sérieux d'états pathologiques méconnus et d'avoir pu conclure à une intervention thérapeutique active, couronnée de succès.

Voici quelques cas de ma clinique hospitalière et de ma pratique où l'exploration endotoscopique a certainement, pour une part, contribué à éclairer le diagnostic et conduit à appliquer un traitement topique curatif.

1re Observation (*résumée*). — 10 *avril*. — Femme de 18 ans, bien réglée; sourde dès le jeune âge, et bien plus au moment des règles; elle fait répéter de face; se plaint de bourdonnements plus agaçants et plus forts aux menstrues; n'a jamais eu d'écoulements d'oreilles. Montre perçue à droite à 6 centimètres et à gauche à 2 centimètres seulement. Perception cranienne de la montre bonne. Rien ne passe à l'otoscope par le valsava : les trompes sont closes; à l'endotoscope, aucun déplacement non plus; avec le politzer, non plus; mais belle ascension de

la colonne liquide avec l'insufflation par le catheter. On remarque de plus que le *niveau du liquide de l'endotoscope est animé de battements très nets isochrones au pouls*. La malade n'en a pas conscience ; elle est dans ses mois ; et par conséquent au moment d'une aggravation des bruits subjectifs. Or, l'exploration du tympan n'apprend que peu de chose sur les conditions anatomo-pathologiques de ces recrudescences mensuelles des troubles auditifs, à l'une desquelles j'assiste par hasard. Les tympans sont lisses, pâles, clairs, translucides en haut ; et bien moins en bas, et le triangle lumineux manque ; ils sont immobiles par le valsava et le politzer ; mais très obéissants à l'aération par le cathéter, avec le retour élastique en plusieurs ressauts tardifs par la déglutition. Le manche du marteau et l'apophyse externe normaux ; aucun vaisseau ; pas de déformation de la cloison. Diagnostic : sclérose ; rhino-pharyngite insignifiante.

On voit qu'aucun signe objectif ne pouvait ici rendre compte de la poussée auriculaire mensuelle ; d'après l'inspection, on ne saurait découvrir ce mouvement congestif et cet orgasme vasculaire périodique. Or, les battements pulsatiles observés à l'endotoscope signalent un trouble circulatoire évident.

Quelle est sa cause? je pense qu'on peut admettre, malgré l'absence de renseignements, qu'il y a eu de l'otorrhée dans le tout jeune âge ; tout est cicatrisé à la surface, mais sans doute quelques fongosités persistent dans la cavité proche de la cloison tympanique ; au moment des règles, le sang y afflue, cause les battements, et les troubles auditifs signalés comme s'exaspérant alors.

Cette constatation a fait diriger le traitement dans le sens d'une intervention active, qu'au premier abord ne semblait pas indiquer l'aspect des parties.

2° Observation (*résumée*). — Homme, 56 ans, est devenu sourd depuis deux mois, à la suite d'un bain de vapeur. Il n'entend plus la montre, mais répond bien à mes questions, de face, à voix ordinaire ; il y a deux mois il n'entendait qu'un bruit vague. Depuis son bain de vapeurs, il est affligé de bourdonnements atroces, aigus, de sonneries, de carillons qui l'ahurissent et lui rendent la vie insupportable ; ils sont incessants et dominent tous les bruits extérieurs. I a la tête lourde, de la céphalalgie gravative, depuis le début ; et toujours une sensation de battements, de chocs dans la tête, aux tempes, et de

compressions, de tension dans les deux oreilles. Il n'a pas de vertige, mais ne se sent pas solide sur ses jambes.

La montre n'est pas perçue même collée aux méats, ni à droite ni à gauche ; l'auscultation transauriculaire bien positive. A l'otoscope, léger soufle par le valsava, sans claquement tympanique; *avec l'endotoscope*, aucun effet non plus de ce côté; *aucun mouvement n'est observé dans le niveau de la colonne liquide, pas de battement pulsatile.* A l'inspection, on trouve les tympans, blancs, gris clair; voussure normale; immobilité totale par le valsalva, triangle et manche nets; aucune douleur locale; à droite, ton gris plus mat, mais aucune déformation, ni vascularisation; mobilité par l'aération avec le cathéter et transparence normale.

Dans ce fait curieux, à part les signes d'une obstruction tubaire sans doute déjà vieille, les signes objectifs font absolument défaut. On s'attendait à ce que les battements ressentis si vivement par le sujet se seraient manifestés par des pulsations à l'endotoscope; il n'en est rien: Sensation nerveuse pure alors, car les oreilles ne sont ni tendues ni vasculaires. La lésion n'a donc pas son siège dans l'organe périphérique, ou tout au moins les points les plus atteints paraissent être surtout les labyrinthes, et peut-être plus encore les centres nerveux. Ainsi l'aération très suffisante n'a pas paru modifier l'état de souffrance du malade.

D'autre part l'absence de battements à l'endotoscope ne permet-elle pas de conclure que les bains de vapeur n'ont pas agi en congestionnant l'extrémité céphalique, mais plutôt par une action anémiante sur le cerveau, chez un neuropathique ; l'aspect et l'allure du sujet semblent plutôt faire admettre cette opinion.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de cette distinction au point de vue du traitement à instituer.

En résumé, tantôt les battements pulsatiles existent, à l'insu du malade; tantôt le médecin s'étonne de les observer alors qu'aucun signe n'en faisait supposer la possibilité; enfin, on les cherche en vain dans certaines conditions où l'on a cependant de grandes raisons de croire qu'on doit les rencontrer. Ils trahissent un engorgement aigu ou subaigu intratympanique ; mais dans bien des cas ils reconnaissent pour cause la présence de végétations profondes qu'une poussée nouvelle, périodique quelquefois, gonflées, grossies, vascularisées; et qui transmettent

au tympan la pulsation insolite qu'elles reçoivent. C'est le cas, à mon sens, de la première de mes observations.

Dans les observations suivantes, la cavité tympanique entière est prise ; et c'est vraiment le pouls de cette muqueuse hyperhémiée et adématiée que l'endotoscope bat.

3e Observation. — 25 *mars*. — Homme 40 ans, est convalescent de variole depuis deux mois ; il a gardé depuis de la céphalalgie, avec douleurs aux tempes et une surdité même à la parole assez accusée; il fait répéter les moindres questions et n'entend pas s'il ne voit pas parler; de plus il lui semble que la surdité s'accroît; or, il avait l'ouïe excellente avant la variole. Du reste, état général excellent ; forces, appétit, sommeil normaux.

Cet homme accuse aussi une très grande sensibilité aux bruits ; des paroles trop sonores, des cris l'irritent, et lui sont douloureux à entendre. La montre est entendue à 10 centimètres à droite et à 1 centimètre à gauche, et nulle part sur le crâne. L'auscultation transauriculaire (auscultation à l'otoscope du son cranien) est négative à droite et à gauche pour la montre. L'auscultation otoscopique des bruits de déglutition, du valsalva, etc. est nulle des deux côtés ; il en est de même de l'examen avec l'endotoscope qui ne donne aucun résultat. Mais on y voit *le niveau liquide animé de battements pulsatiles isochrones au pouls.* On ne peut nier que cette constatation éclaire beaucoup plus le diagnostic de la lésion et précise très nettement sa nature fluxionnaire et son siège. Elle met de plus au second plan l'action pathogénique de l'oblitération des trompes, et donne toute sa valeur, à cette opacité du quart supéro-postérieur de la cloison que l'observation signale. C'est en effet l'activité même du processus morbide qui est ainsi mise en lumière ; et c'est dans la caisse même qu'il évolue.

L'affection n'apparaît plus comme siégeant seulement au labyrinthe, ou sur la chaîne osseuse; on ne peut pas admettre, ainsi que l'ancienneté de la maladie portait à le faire, une sclérose avec compression du labyrinthe. Encore aujourd'hui, il y a là un foyer, indolore presque, il est vrai, mais manifestement inflammatoire et bien auriculaire et lié à une affection de l'oreille moyenne.

Les deux organes fournissent la même épreuve à l'inspection, tympans lisses polis, roses sur le pôle supérieur ; assez concaves à l'umbo ; manches nets ; pas de triangle lumineux ; à travers la cloison translucide, vue d'un repli jaunâtre, opaque, au niveau

de la bourse postérieure, sans saillie de la membrane; mais la rendant opaque dans le quart supéro-postérieur. Par conséquent, il y a un gonflement évident très vasculaire, de la muqueuse tympanique avec voussure légère du tympan et oblitération non permanente et franchissable des trompes. On diagnostique une otite moyenne hypertrophique consécutive à la variole.

L'élément inflammatoire subaigu se trahit dans ce fait par les signes objectifs évidemment; et, par la gravité de la surdité on est appelé à reconnaître un engorgement extrême des deux caisses du tympan; mais l'observation des battements pulsatiles transmis à l'endotoscope ne donne-t-elle pas mieux que tout le reste la mesure de cette fluxion et la notion de l'énergie assez intense de cette otite secondaire, d'allure si étrange par sa persistance, deux mois après la guérison de la maladie d'origine?

Ces pulsations du niveau de l'endotoscope sont observées sur de vieilles otorrhées guéries, récemment séchées et cicatrisées, mais qui laissent un fond tympanique encore vivement coloré: c'est un vestige de la vascularisation générale, de la congestion anormale des tissus otiques, que les yeux ne peuvent apprécier. Les pulsations manquent d'autre part souvent sur des oreilles fongueuses, peu suppurantes et indolores; ces types sont d'observation quotidienne. C'est la vigueur de l'orgasme vasculaire que les pulsations indiquent : c'est la condition de leur existence.

4e Observation (*résumée*). — Chez un adulte, j'ai pu lentement et graduellement enlever un polype énorme, détruire des fongosités et nettoyer la caisse par le grattage, après section du lambeau postérieur du tympan qui masquait le fond. Tout était guéri, cicatrisé; l'otorrhée nulle; le tympan sec et largement perforé, laissant voir le fond rouge sec de la caisse, et cela depuis quinze jours au moins; l'endotoscope cependant montra l'existence des battements pulsatiles, signe de l'état de vascularisation persistant de l'oreille, état qui ne se manifestait par aucun autre signe visible; l'audition s'était bien améliorée. Par opposition, une vieille otorrhée avec peu d'exsudat, mais avec un aspect fongueux, épais, pâle, mollasse du fond de la caisse très largement béante, sans apparence d'irritation aucune, ne donna point de pulsations sur l'endotoscope : c'est un guide pour le pronostic.

5e Observation (*résumée*), 20 avril. — Homme, 47 ans, bien

portant ; est sourd à droite depuis trois ans. Il remarque que l'oreille gauche baisse depuis trois mois ; pas d'écoulement, pas de bourdonnement, ni de vertige ; il entend bien la parole ordinaire, avec un seul interlocuteur ; obstruction tubaire du côté gauche ; sclérose droite avec trompe libre. J'enlève un bouchon de cire à gauche ; je fais le politzer ; la montre est perçue aussitôt à 8 centimètres à gauche. Le 16 mai, la montre est entendue à 12 centimètres, l'état est excellent ; le tympan opaque, un peu rouge au pôle supérieur, peu lisse, n'a pas de triangle lumineux ; otite chronique, défervescence.

En juin, rhume, coryza fébrile, avec secrétion muco-purulente. L'audition est affaiblie, la montre n'est plus sentie qu'à 5 centimètres à peine à gauche. Il y a des bourdonnemens intenses ; à l'otoscope = o, trompe close ; à l'endotoscope rien par le valsalva. Mais on remarque l'*existence de forts battements pulsatiles de la colonne liquide de l'instrument.* Le 8 juin, mieux général, détente ; mais trompes peu perméables et battements visibles encore. Peu à peu, l'air pénètre avec le catheter, ascension nette du liquide du manomètre entodoscopique, mais sans retour à la normale. Malgré cela, les *battements du niveau liquide persistent.* Le 23, M = 8 centimètres à gauche ; ascension très suffisante du niveau de l'instrument et retour immédiat sans déglutition, à la normale, soulagement graduel.

Le 3 juillet. — Mieux, M = 10 centimètres ; mandrin encore serré cependant, et aération nulle par le politzer ; *battements légers* mais nets du niveau de l'endotoscope.

Le 15 juillet. — Le coryza est fini ; l'air circule par le valsalva et le politzer surtout ; les bourdonnements deviennent très intermittents ; la montre est perçue à gauche à 15 centimètres, puis à 22 centimètres, et nul battement n'est plus observé depuis.

L'aspect du tympan, à part son peu de mobilité élastique, ne pouvait en aucune façon renseigner sur la marche de l'affection catharrhale aiguë de ce malade. L'exploration par l'endotoscope a véritablement permis de suivre pas à pas le processus inflammatoire, et de constater la réplétion de la caisse tympanique, puis son aération, difficile d'abord et de plus en plus complète et durable.

Autre fait.

6e Observation. N° 59. 6 mars. — Homme 40 ans. Fièvre ; catarrhe depuis 10 jours ; coryza intense.

Depuis 3 jours douleurs vives à l'oreille gauche, et surdité de ce côté avec battements, bourdonnements, sonneries qui l'énervent. M = peu perçue, collée au méat, et non sur le front ou l'apophyse mastoïde ; râles muqueux sonores à l'otoscope par le politzer, sans claquement tympanique.

Aucun mouvement sur l'endotoscope, mais *battements pulsatiles nets, isochrones au pouls;* à droite, rien de tel ; cette oreille est normale.

Rien ne passe par le cathéter. Le 10e jour, le politzer réussit, et il y a une amélioration évidente de l'ouïe et des bourdonnements. Le 15e jour, M = 12 centimètres, mieux général et local ; aération nette, facile, par le valsalva aussi bien que par le politzer.

Le 18e jour, M = à 45 centimètres ; claquement tympanique à volonté par la déglutition, le bourdonnement a cessé.

Deux mois après, retour du sujet qui se plaint de lourdeur de tête, de bourdonnements sourds, d'incapacité intellectuelle ; pas de douleurs nulle part. M = à droite à 1 mètre et 25 centimètres, et à gauche à 50 centimètres.

Perception cranienne normale, épreuve d'auscultation transauriculaire douteuse.

A l'otoscope quelques râles humides ; trompe à gauche imperméable ; rien à la gorge ni aux fosses nasales.

On juge qu'il y a un peu d'oblitération tubaire seulement. L'aspect du tympan gauche est peu significatif ; il est opaque, sans rougeur, mais de ton bleu violet généralement et très excavé ; manche net sans vaisseau.

A l'endotoscope cependant, on constate des *battements pulsatiles isochrones au pouls*, très énergiques, et il est évident que la caisse participe au processus et est pleine. Une incision tympanique immédiate, donne issue à un peu de liquide séro-sanguinolent ; l'air passe aussitôt. Un traitement énergique par les révulsifs et le sulfate de quinine à haute dose achève la guérison rapide sans récidive.

Dans cette observation, il est clair, que l'on pouvait croire à une simple obstruction tubaire, mais le diagnostic d'otite moyenne, et de réplétion de la caisse a pu être absolument posé grâce aux pulsations manifestées sur l'endotoscope.

On s'aperçoit aussi que dans ce fait toutes les épreuves de séméiotique auriculaire étaient négatives, mais la présence de l'oblitération tubaire suffisait à tout expliquer ; or, les pulsations

de l'instrument ont été le seul signe de la fluxion otique et le meilleur guide du diagnostic et du traitement topique, si utile en pareil cas.

En résumé :

Avec l'endotoscope on peut étudier l'état de la circulation sanguine de la caisse du tympan ; dans la fluxion active de la muqueuse tympanique ou des fongosités incluses, cet instrument montre des pulsations isochrones au pouls.

Cette constatation est surtout utile quand les signes objectifs manquent, cas fréquent en otologie.

C'est l'activité même de la poussée fluxionnaire inflammatoire dans l'oreille moyenne que trahissent les pulsations de l'endotoscope. Elles disparaissent lors de la défervescence, mais persistent tant que la vascularisation anormale dure ; à ce point de vue, elles sont d'un pronostic important dans les affections chroniques.

Enfin leur absence dans certains cas de troubles subjectifs d'apparence congestive permet de localiser le siège de la fluxion aux parties profondes, ou de reconnaître l'origine purement nerveuse des phénomènes pathologiques.

II

DE L'EXAMEN DU PHARYNX NASAL

Par le Dr **F. MOUNIER**

Dans toutes les affections chroniques des oreilles, du larynx et du nez, l'examen du malade doit comprendre, pour être complet, l'exploration du pharynx nasal. C'est là un point indiscutable, qui ressort avec évidence de l'étude des affections de l'oreille, le plus souvent à point de départ tubaire, et des troubles laryngiens si variés, réflexes ou par propagation, dont l'origine n'est la plupart du temps qu'une lésion du cavum pharyngien.

Cette exploration se fait, soit par la rhinoscopie postérieure, soit par le toucher. Le principe est admis, mais il

faut bien avouer qu'on ne pratique la rhinoscopie postérieure que lorsqu'elle *semble* pouvoir donner une explication qu'on a demandée en vain à la rhinoscopie antérieure ou à l'examen du pharynx buccal ou du larynx. Le seul motif qui empêche cet emploi systématique de la rhinoscopie postérieure, est uniquement la difficulté qu'elle présente, même pour les plus habiles.

On peut quelquefois explorer le rétro-pharynx, et d'une façon profitable pour le diagnostic, sans avoir au préalable badigeonné fortement à la cocaïne au dixième, non seulement la face antérieure du voile du palais, mais encore sa face postérieure, et, du coup, la paroi pharyngienne ; mais ces cas sont loin d'être les plus fréquents. Quand le badigeonnage est nécessaire, même rapidement fait, il est fort désagréable au patient, et le praticien y renonce souvent ou se contente d'une application timide qui n'amène qu'une anesthésie incomplète, d'où un examen forcément imparfait.

Chez certains malades, et leur nombre est encore assez élevé, après un vigoureux badigeonnage à la cocaïne, le voile du palais est encore collé sur la paroi pharyngienne, ou si peu distant de cette dernière, qu'on ne voit rien de la région à explorer.

C'est du reste cet obstacle, apporté par le voile du palais, et tenant, soit à sa contraction, soit à son épaississement dans la pharyngite chronique, qui a toujours préoccupé ceux qui ont eu à explorer le rétro-pharynx. Aussi, de tout temps, a-t-on usé d'un moyen violent, et le seul applicable en bien des cas, surtout chez les enfants : nous voulons parler du toucher digital.

TOUCHER DIGITAL

Il est pratiqué avec l'index de la main droite, qui, introduit dans la bouche largement ouverte du patient, est porté rapidement en arrière du voile du palais. Le médecin se place à la droite du malade, son bras gauche maintenant la nuque, pendant que la main de ce côté se place sous le maxillaire inférieur, le pouce déprimant la joue entre les deux mâchoires. De la sorte, si à un moment le sujet veut

mordre (et la chose est fréquente chez l'enfant), la douleur qu'il ressent par morsure de sa joue le fait renoncer à une nouvelle tentative. La personne à examiner doit être assise, le chirurgien étant debout.

L'exploration doit être méthodique. Après avoir reconnu les choanes, le doigt se dirigera vers l'ouverture tubaire d'un côté et la fossette de Rosenmüller, puis passera de l'autre côté, après avoir glissé contre la paroi postérieure. Quant à la paroi supérieure, elle sera rarement atteinte, si ce n'est chez les enfants, à moins que quelque tumeur ne la porte pour ainsi dire au-devant du doigt. Quand il y a des végétations adénoïdes, on a la sensation de petites masses molles, irrégulières, friables, qui emplissent quelquefois à ce point le pharynx nasal, qu'on ne retrouve qu'avec difficulté les points de repère anatomiques. Le plus souvent cette exploration fait un peu saigner le malade.

RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Quant à la rhinoscopie postérieure, méthode plus moderne, dérivée de la laryngologie, en dehors du petit miroir rond généralement admis pour cet examen, elle a amené la création de nombreux instruments, dont le but a toujours été de favoriser le passage des rayons lumineux, par l'attraction en avant du voile du palais, ou mieux encore par l'attraction en avant jointe à l'élévation.

Nous n'insisterons pas ici sur la technique habituelle de la rhinoscopie postérieure, au sujet de laquelle nous renvoyons à l'excellent traité de Moldenhauer, sur les maladies des fosses nasales (1).

Pour pratiquer l'examen, il faut avoir à sa disposition un miroir rond, un abaisse-langue, un réflecteur frontal et une source lumineuse ; mais, avant tout, le chirurgien doit se rendre compte de l'état du pharynx *buccal* du sujet. Il y a deux cas à envisager :

1° Le pharynx est sain ;

2° Le pharynx est malade (signes de pharyngite chronique).

1° En présence d'un voile du palais d'apparence mince,

(1) MOLDENHAUER, p. 37.

distant de la paroi pharyngienne, on peut tenter la rhinoscopie postérieure par l'abaisse-langue et le miroir. Avec un peu de pratique, surtout si l'on se sert d'une très petite, glace, de un centimètre de diamètre, par exemple, il est presque de règle qu'on puisse examiner tout à son aise le rétro-pharynx. C'est une question d'habileté manuelle et de douceur, car brusquer le malade, c'est se condamner par avance à n'arriver à rien d'utile.

Nous avons vu, pour notre part, ces pharynx tolérants, surtout chez les femmes, et en particulier chez celles qui chantaient. Il est quelquefois indispensable, par suite de la sensibilité extrême du sujet, de faire précéder l'examen d'un badigeonnage à la cocaïne.

2° En présence d'un pharynx chroniquement enflammé, offrant de faux piliers et un épaississement de la muqueuse, d'où un voile du palais épais, lourd, contracté, collé à la paroi pharyngienne et ne laissant, pour ainsi dire, aucun espace en arrière de lui, ces moyens de douceur ne sont plus de mise.

Les badigeonnages répétés à la cocaïne étant sans résultat, par suite du rétrécissement mécanique de l'isthme naso-pharyngien, il faut en arriver à l'emploi d'instruments qui, en attirant en avant le voile du palais, créent en arrière une voie aux rayons lumineux que pourra y diriger le miroir.

Nous allons passer en revue les divers instruments en usage, ainsi que leur mode d'application.

CROCHET PALATIN

Le crochet de Voltolini, assez semblable à l'écarteur employé en chirurgie, se glisse sous le voile du palais, qu'on peut ainsi attirer en avant. Mais l'opérateur doit en faire

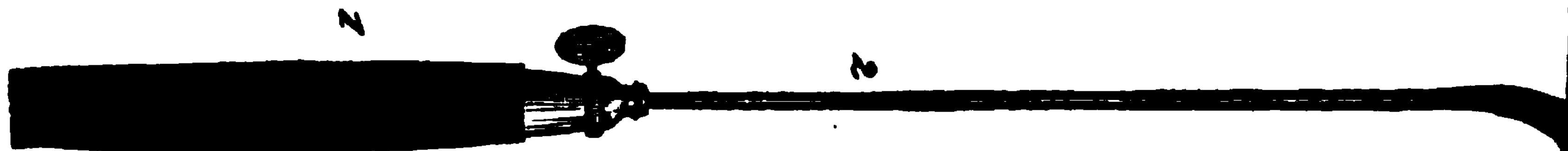


FIG. 1. — Crochet palatin.

tenir le manche par un aide, afin de pouvoir lui-même placer d'une main l'abaisse-langue et de l'autre le miroir. On comprend sans peine que c'est là un grand inconvénient,

car, ou l'aide tire trop et le malade fait des efforts qui gênent considérablement l'examen, ou il ne tire pas assez et le crochet ne sert à rien. Du reste, l'aide, dans cette circonstance, embarrasse certainement le chirurgien.

RHINOSCOPE

Nous devons au professeur Duplay un instrument qui, au premier abord, semble mettre aux mains du praticien le moyen d'arriver au but proposé ; en face du malade, le résultat est tout autre. Le rhinoscope se compose essentiellement d'un miroir fixé sur la tige qui le supporte, et en avant de lui se meut, à la volonté de l'opérateur, un anneau formé d'un fil mince, qui par conséquent ne gêne pas la vue, et destiné à relever la luette. Concurremment avec le rhinoscope, il faut employer l'abaisse-langue.

La défectuosité de l'instrument tient surtout à ce que le miroir ne peut être déplacé latéralement pour l'inspection des diverses parties du cavum pharyngien, sans déplacer en même temps l'anneau relève-luette, ce qui favorise bien inutilement les contractions du voile du palais, d'où un examen impossible. De plus, le relèvement de la luette n'est pas suffisant, de par le peu de résistance de l'anneau et sa faible projection en avant. Enfin, la main qui retient le rhinoscope est sans appui, et forcément, là encore, la traction ne sera pas toujours égale.

TUBES DE CAOUTCHOUC

On a même été jusqu'à introduire dans une narine un tube de caoutchouc, dont l'extrémité engagée, passant derrière le voile du palais, était ramenée en avant et nouée au devant de la lèvre supérieure avec l'extrémité libre. Si ce procédé donne de l'espace et mérite d'être appliqué dans certaines opérations longues, il doit être laissé de côté pour un simple examen, comme trop douloureux.

RELÈVE-LUETTE

Toujours poussés par la difficulté de la rhinoscopie postérieure, et désireux de pouvoir l'employer même dans les cas

où elle est impraticable par l'abaisse-langue et le miroir seuls, les spécialistes étrangers ont inventé des relève-luettes qui, une fois en place, se maintiennent d'eux-mêmes.

La tige relève-luette n'est autre que le crochet de Voltolini, plus ou moins modifié dans sa forme. Sur cette tige glisse un anneau qui supporte deux griffes à extrémités mousses, destinées à aller se placer au-dessus de la lèvre supérieure, de chaque côté des ailes du nez. Tel est le principe des trois relève-luettes que nous connaissons. La seule particularité qui les différencie, c'est la manière dont l'anneau qui supporte les griffes peut être fixé, à la volonté de l'opérateur, sur la tige relève-luette à la hauteur convenable pour maintenir le voile du palais relevé.

Dans celui de Schmidt, c'est une vis qui limite le glissement de l'anneau sur la tige du relève-luette; ce qui, au

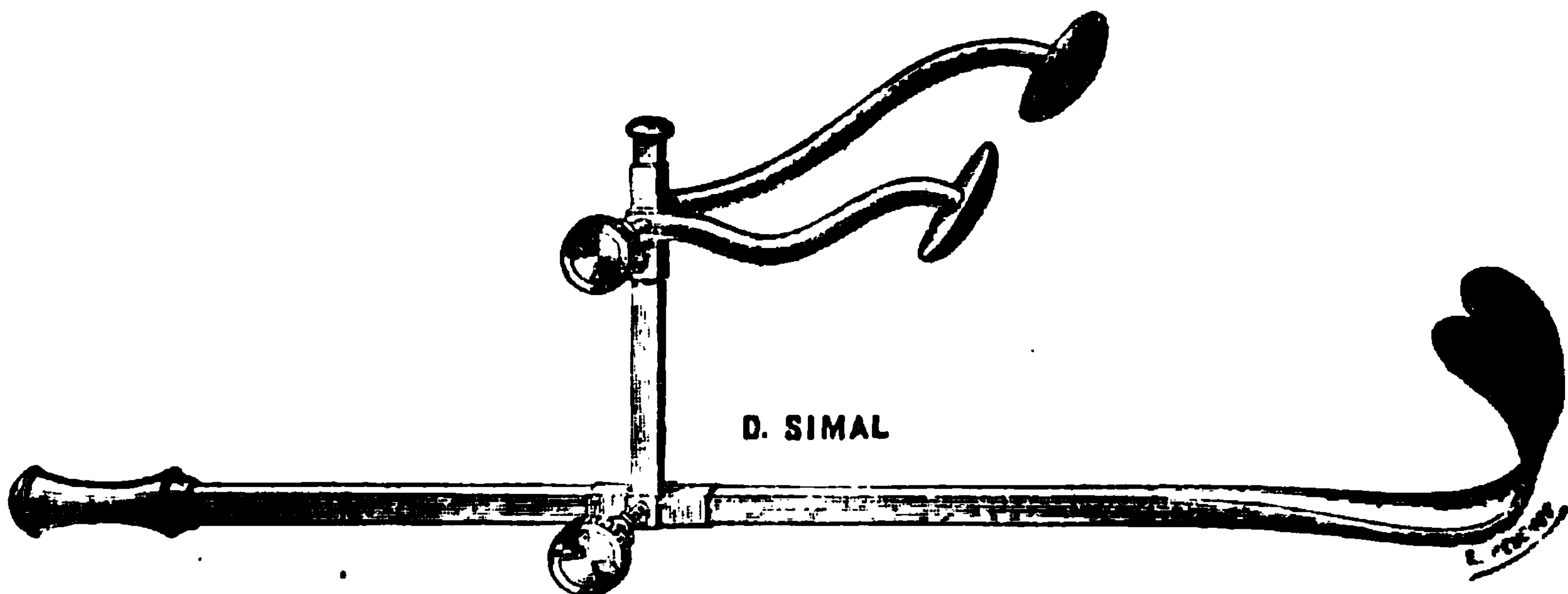


FIG. 2. — Releveur de Schmidt.

point de vue pratique, laisse beaucoup à désirer, car c'est une perte de temps pendant laquelle la cocaïne use son effet anesthésiant.

Dans celui de Hopmann, la mobilité de l'anneau sur la tige relève-luette est limitée par la force même nécessaire à tirer en haut et en avant le voile du palais. En effet, de la tige du relève-luette partent deux crans où on engage deux caoutchoucs semblables à ceux qui maintiennent les petits paquets et qui se fixent à l'anneau mobile sur deux autres crans semblables. Quand on tire vers l'extrémité libre de la tige du relève-luette l'anneau mobile et les griffes qui le

surplombent, on tend les deux caoutchoucs et on a de la sorte un ressort, dont le but sera de constamment rapprocher l'anneau mobile, du crochet du relève-luette engagé sous le voile du palais. Si les griffes sont appliquées de

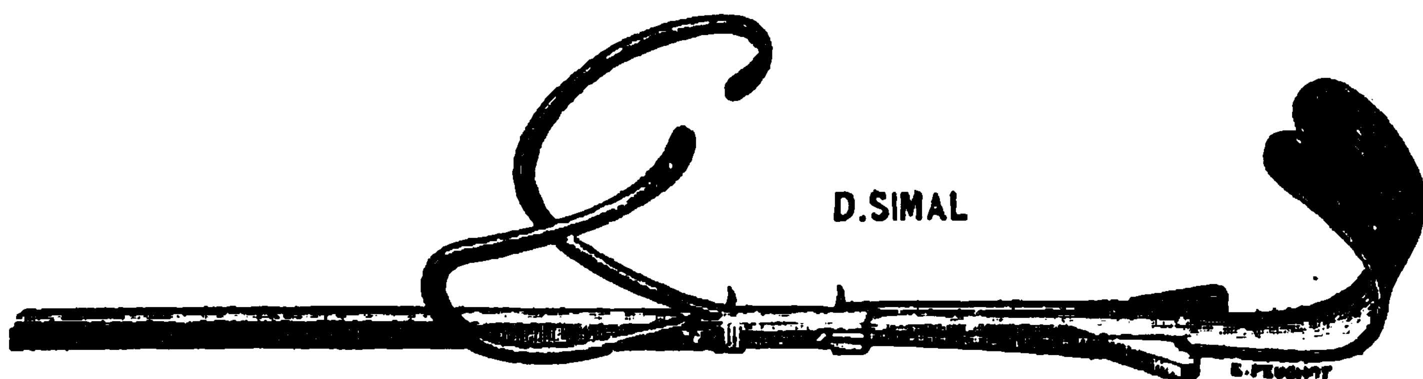


Fig. 3. — Releveur de Hopmann.

chaque côté des ailes du nez, pendant que le crochet tire en avant le voile du palais, on conçoit que de la sorte cette traction en avant puisse être continue et bien plus douce que si l'anneau qui supporte les griffes est fixé, à la hauteur voulue, par une vis sur la tige où il glisse.

Quant au relève-luette de Schnitzler, il présente une courbure de sa tige de traction, regardant vers la voûte palatine. A l'endroit où la courbure commence, la tige de traction se sépare, suivant sa longueur, en deux moitiés qui forment ressort par leur tendance à s'écarter chacune de la ligne médiane ; leur face externe est à crans.

Il en résulte que l'anneau, porteur des griffes, glisse sur ces deux ressorts, quand une main de l'opérateur les rapproche jusqu'au contact ; et peut, au contraire, s'arrêter à la distance voulue, quand le chirurgien abandonne les deux portions de la tige, qui visent, de par leur structure, à s'éloigner l'une de l'autre.

Le principe de ces trois relève-luettes est donc le même, et ils ne varient que par quelques détails de construction.

Pour les appliquer, il faut, après avoir, au préalable, badigeonné vigoureusement le voile du palais, sur sa face antérieure et postérieure, avec une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 1/10e, déprimer avec un abaisse-langue la base de cet organe, pendant que de l'autre main, qui tient le premier ou le troisième des relève-luettes dont

nous venons de parler, on va accrocher le voile du palais. A ce moment, abandonnant l'abaisse-langue, on amène aussi en avant que possible, le relève-luette avec la main qui le tenait primitivement, et de celle qui est libre, on abaisse jusqu'au contact de la face, de chaque côté du nez, les deux griffes mousses. On immobilise ensuite, sur la tige du relève-luette, l'anneau qui les supporte, d'après la manière usitée dans l'instrument dont on se sert.

De la sorte, le crochet qui relève le voile du palais est maintenu, dans sa position, par le point d'appui qu'il a sur la face à son autre extrémité. Avec le relève-luette de Hopmann, l'application peut se faire d'une seule main, après badigeonnage à la cocaïne. Plaçant le pouce de la main droite sur l'extrémité extra-buccale de la tige du relève-luette, et l'index et le médium de la même main de chaque côté des griffes que supporte l'anneau mobile, on rapproche les deux derniers doigts du premier et on tend ainsi les caoutchoucs. Il ne reste plus alors, après avoir abaissé la langue avec la main gauche, qu'à accrocher le voile du palais.

Quand on l'a amené en avant, autant qu'il est possible, il suffit de relever la main qui tient l'instrument et de relâcher le médius et l'index, pour que les deux griffes, tirées par le caoutchouc, aillent s'appliquer au-dessus de la lèvre supérieure. Le relève-luette est alors en place.

Quand l'un quelconque de ces trois instruments est posé, il n'y a plus qu'à abaisser la langue d'une main, pendant que de l'autre on place le miroir ; l'espace obtenu entre le voile du palais et le pharynx est en général suffisant.

Ces relève-luette ont plusieurs inconvénients.

Le premier, et dont il faut tenir compte, est la crainte qu'inspire aux malades tout cet appareil et le fait renoncer à se laisser examiner.

Le second, et non le moins désagréable, est que si la cocaïnisation n'est pas suffisante, le voile du palais se rétracte, et le crochet palatin dérapant, le relève-luette tombe et est projeté en avant.

Ces instruments ont surtout un avantage, quand on désire faire une opération dans le pharynx nasal sous la con-

duite du miroir. Une fois, en effet, le relève-luette placé, si le chirurgien fait tenir l'abaisse-langue par le malade lui-même, ou par un aide, il a les deux mains libres et peut porter à la fois derrière le voile du palais un miroir et un instrument. Mais, quand il s'agit d'un simple examen, il est vraiment bien inutile de fatiguer autant le patient.

ABAISSE-LANGUE-RELÈVE-LUETTE

Le nouvel instrument que nous présentons, construit par M. Galante, sert à la fois, ainsi que l'indique son nom, à abaisser la langue et à relever la luette.

Il a la forme d'un abaisse-langue ordinaire. Au niveau de la portion coudée, existe un pivot contenant un axe transversal sur lequel une tige, dont l'extrémité buccale forme le relève-luette, peut faire un mouvement de bascule et en même temps se déplacer d'avant en arrière.

Ce double mouvement a pour but :

1° De relever le voile du palais;

2° De le porter en avant.

La tige du relève-luette est coudée en arrière du pivot, et son extrémité, correspondant au manche de l'abaisse-langue, se termine par une surface plane, échancrée supérieurement. De la sorte, le pouce de la main qui tient l'instrument peut se placer sur l'extrémité libre de la tige relève-luette, au moment de l'introduction dans la bouche; puis appuyer sur le bord échancré pour amener l'élévation du voile du palais; enfin continuant son mouvement d'avant en arrière et glissant dans l'échancrure, exercer sa pression sur la deuxième face de la plaque terminale, d'où attraction en avant du voile du palais préalablement accroché.

L'abaisse-langue a 8 centimètres de long. Le relève-luette dans la portion buccale a même dimension; il est formé d'une tige assez mince, ronde, ne s'élargissant qu'au moment de former le crochet palatin, lequel est fenêtré pour offrir plus de prise par la muqueuse qui s'engage dans l'espace libre.

En avant du point où elle est coudée, la tige relève-luette est aplatie transversalement, et creusée d'une fenêtre d'un centimètre et demi de longueur, pour permettre un déplace-

ment d'avant en arrière sur l'axe transversal qui la supporte. Cet axe, contenu entre deux montants du pivot, est doublé d'un galet qui facilite les mouvements de glissement.

Au-dessous du point qui reçoit le pouce sur la tige relève-luette, se trouve un autre galet, permettant le glissement de cette extrémité sur le manche de l'instrument. Ainsi, le mouvement d'élévation du crochet palatin est limité par la rencontre de son extrémité extra-buccale avec le manche de l'abaisse-langue; celui de projection en avant du crochet qui tient le voile se fait par glissement, de cette même extrémité libre, sur la portion où elle appuie, et se trouve limitée par la longueur de la fenêtre pratiquée dans la tige du relève-luette.

L'application de notre instrument exige trois temps.

1er *Temps :* Le pouce de la main gauche reposant sur la plaque qui termine l'extrémité libre du relève-luette et le crochet palatin reposant sur l'abaisse-langue, *déprimer la base de la langue et accrocher le voile du palais.*

2e *Temps : Relever le voile du palais au moyen d'une pression exercée par le pouce de la main qui tient l'instrument.* (Mouvement limité, par la rencontre de l'extrémité extra-buccale du relève-luette, avec le manche de l'abaisse-langue.)

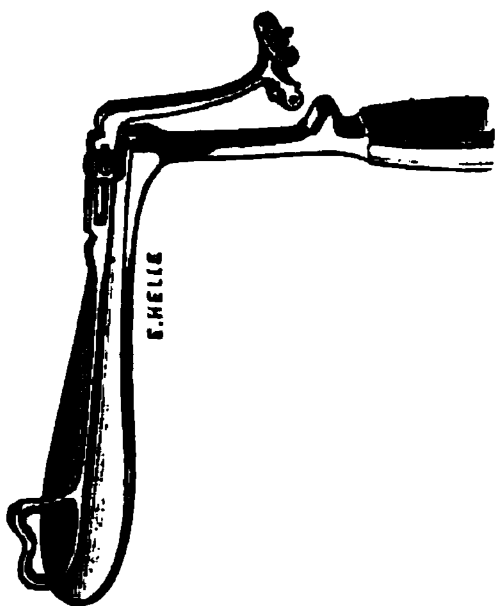


FIG. 4. — Position du 1er temps.

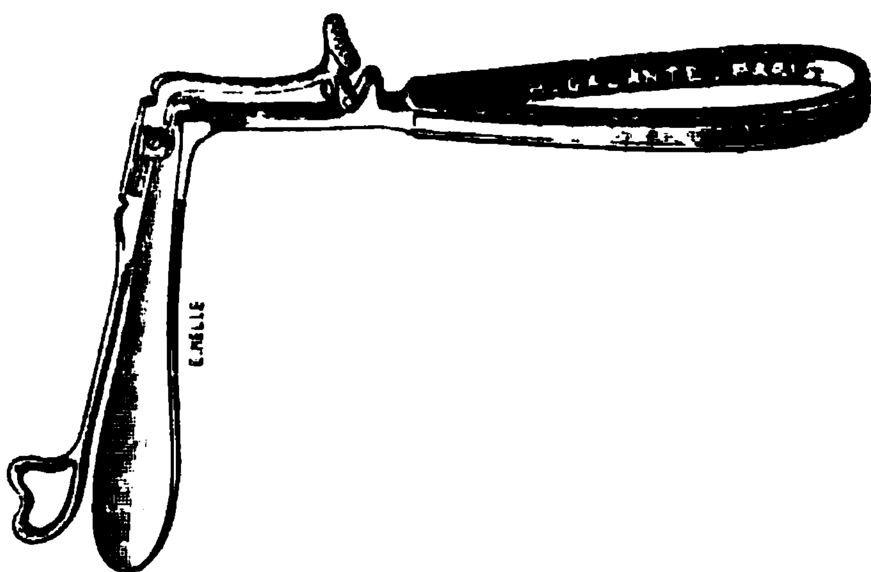


FIG. 5. — Position du 2e temps.

3e *Temps :* Le pouce de cette même main exerçant un mouvement de traction, *attirer le voile du palais en avant.*

Il n'est plus alors besoin que d'introduire le miroir rond dans l'espace resté libre entre le crochet palatin et l'extrémité buccale de l'abaisse-langue.

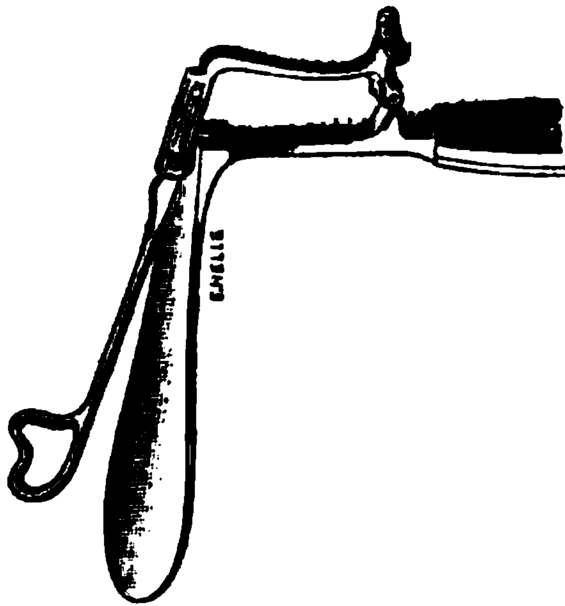


Fig. 6. — Position du 3e temps.

Avec cet instrument, on tient pour ainsi dire le malade à sa merci, car plus le dos de la langue tendra à s'élever, comme dans tous les cas où le voile du palais se révolte au contact du miroir, et plus le voile du palais sera relevé de par l'écartement fixe qui existe entre le releveur palatin et l'abaisse-langue. Le crochet palatin ne pouvant ainsi déraper, on peut donc, à volonté, par un simple mouvement de pouce, amener le voile du palais aussi en avant qu'il est nécessaire.

Il est bien entendu qu'un badigeonnage à la cocaïne au dixième est presque indispensable, ne serait-ce que pour éviter au patient une sensation pénible. Mais il a rarement besoin d'être répété, car la mise en place de l'instrument ne demande que quelques secondes, et l'examen a pu être pratiqué avant que l'anesthésie produite ait eu le temps de disparaître.

Il nous est même arrivé d'appliquer notre abaisse-langue relève-luette sans cocaïne, ce qui est impossible avec les relève-luettes ordinaires.

En résumé, nous ne voyons que deux catégories d'instruments dignes d'appeler l'attention du chirurgien pour lui faciliter la rhinoscopie postérieure, ce sont les relève-luettes et notre abaisse-langue relève-luette.

Les avantages du dernier sur les premiers sont les suivants :

Mise en place plus facile et plus rapide.

Appareil mieux supporté.

Maintien ferme de l'écartement du voile de la paroi pharyngienne, qui peut être augmenté par un simple coup de pouce.

Enfin un écartement constant et toujours égal entre le dos de la langue et le bord libre et relevé du voile du palais; c'est-à-dire un chemin largement ouvert, et toujours le même, pour le passage du miroir et des rayons lumineux.

III

TUMEURS FIBREUSES PRÉ-ÉPIGLOTTIQUES

Par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

Communication faite à la seconde réunion des otologistes et laryngologistes belges.)

J'ai l'honneur de vous présenter les préparations microscopiques d'une tumeur opérée à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Je remercie M. le Dr Gouguenheim d'avoir bien voulu me permettre de collaborer à l'opération.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui a toussé pour la première fois et pendant quelques jours, en mars 1890. La toux s'est ensuite reproduite de temps à autre, mais elle est devenue continue depuis six semaines et a pris un caractère quinteux très prononcé. La voix est rauque.

A l'examen laryngoscopique, le larynx se montre tout à fait normal, mais en avant de l'épiglotte, sur la partie postérieure de la base de la langue, on trouve trois tumeurs dont l'une a le volume d'une petite noix. Elles présentent une coloration identique à celle de la muqueuse voisine, elles ont une surface lisse et leur consistance est fibreuse. On re-

marque aussi que l'épiglotte suit les mouvements de la tumeur la plus volumineuse.

La malade a beaucoup maigri depuis six semaines, mais elle ne présente pas d'antécédents particuliers et il n'existe pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

L'ablation des tumeurs offrant des difficultés lorsqu'on emploie le laryngoscope, leur extirpation se fait directement sous le doigt servant de guide à l'aide de la forte pince coupante de M. Gouguenheim.

Un phénomène qui nous frappe, c'est que la malade parle aussitôt avec plus de facilité.

J'ai fait, à l'Ecole pratique, avec M. le Dr Legry, l'examen microscopique des fragments enlevés, mais leur caractère histologique est assez vague. On y reconnait pourtant l'existence d'une assez grande quantité de tissu fibreux peu serré avec quelques cellules de tissu conjonctif et des vaisseaux. Les faisceaux fibreux circonscrivent par places de très petits espaces qui ne sont pas nettement celluleux. Les préparations ont été durcies, les unes à l'alcool, les autres dans le liquide de Müller et colorées soit au moyen du picro-carmin, soit par l'hématoxyline et l'éosine. Elles ont été soumises à l'examen de MM. les professeurs Cornil et Letulle qui ne se sont pas prononcés d'une façon nette à leur égard. Néanmoins le caractère fibreux de ces néoplasmes ne parait pas douteux.

On sait du reste que la région pré-épiglottique peut être le siège des altérations les plus variées. On peut y rencontrer l'inflammation et l'hypertrophie de l'amygdale linguale. M. Ruault en a observé un certain nombre de cas à la suite de Lennox-Browne, de Heymann et d'autres. Les kystes dermoïdes n'y sont pas rares. Les kystes thyroïdiens s'y rencontrent parfois également : ils sont congénitaux et proviennent du conduit thyréo-lingual méso-branchial. Rosenberg, à propos d'un travail d'ensemble sur les tumeurs de la région pré-épiglottique, a présenté à la Société laryngologique de Berlin (séance du 20 février) un cas de papillome. Signalons aussi l'enchondrome, l'ostéome, le sarcome et le carcinome.

nous venons de parler, on va accrocher le voile du palais. A ce moment, abandonnant l'abaisse-langue, on amène aussi en avant que possible, le relève-luette avec la main qui le tenait primitivement, et de celle qui est libre, on abaisse jusqu'au contact de la face, de chaque côté du nez, les deux griffes mousses. On immobilise ensuite, sur la tige du relève-luette, l'anneau qui les supporte, d'après la manière usitée dans l'instrument dont on se sert.

De la sorte, le crochet qui relève le voile du palais est maintenu, dans sa position, par le point d'appui qu'il a sur la face à son autre extrémité. Avec le relève-luette de Hopmann, l'application peut se faire d'une seule main, après badigeonnage à la cocaïne. Plaçant le pouce de la main droite sur l'extrémité extra-buccale de la tige du relève-luette, et l'index et le médium de la même main de chaque côté des griffes que supporte l'anneau mobile, on rapproche les deux derniers doigts du premier et on tend ainsi les caoutchoucs. Il ne reste plus alors, après avoir abaissé la langue avec la main gauche, qu'à accrocher le voile du palais.

Quand on l'a amené en avant, autant qu'il est possible, il suffit de relever la main qui tient l'instrument et de relâcher le médius et l'index, pour que les deux griffes, tirées par le caoutchouc, aillent s'appliquer au-dessus de la lèvre supérieure. Le relève-luette est alors en place.

Quand l'un quelconque de ces trois instruments est posé, il n'y a plus qu'à abaisser la langue d'une main, pendant que de l'autre on place le miroir ; l'espace obtenu entre le voile du palais et le pharynx est en général suffisant.

Ces relève-luette ont plusieurs inconvénients.

Le premier, et dont il faut tenir compte, est la crainte qu'inspire aux malades tout cet appareil et le fait renoncer à se laisser examiner.

Le second, et non le moins désagréable, est que si la cocaïnisation n'est pas suffisante, le voile du palais se rétracte, et le crochet palatin dérapant, le relève-luette tombe et est projeté en avant.

Ces instruments ont surtout un avantage, quand on désire faire une opération dans le pharynx nasal sous la con-

duite du miroir. Une fois, en effet, le relève-luette placé, si le chirurgien fait tenir l'abaisse-langue par le malade lui-même, ou par un aide, il a les deux mains libres et peut porter à la fois derrière le voile du palais un miroir et un instrument. Mais, quand il s'agit d'un simple examen, il est vraiment bien inutile de fatiguer autant le patient.

ABAISSE-LANGUE-RELÈVE-LUETTE

Le nouvel instrument que nous présentons, construit par M. Galante, sert à la fois, ainsi que l'indique son nom, à abaisser la langue et à relever la luette.

Il a la forme d'un abaisse-langue ordinaire. Au niveau de la portion coudée, existe un pivot contenant un axe transversal sur lequel une tige, dont l'extrémité buccale forme le relève-luette, peut faire un mouvement de bascule et en même temps se déplacer d'avant en arrière.

Ce double mouvement a pour but :

1° De relever le voile du palais;

2° De le porter en avant.

La tige du relève-luette est coudée en arrière du pivot, et son extrémité, correspondant au manche de l'abaisse-langue, se termine par une surface plane, échancrée supérieurement. De la sorte, le pouce de la main qui tient l'instrument peut se placer sur l'extrémité libre de la tige relève-luette, au moment de l'introduction dans la bouche; puis appuyer sur le bord échancré pour amener l'élévation du voile du palais; enfin continuant son mouvement d'avant en arrière et glissant dans l'échancrure, exercer sa pression sur la deuxième face de la plaque terminale, d'où attraction en avant du voile du palais préalablement accroché.

L'abaisse-langue a 8 centimètres de long. Le relève-luette dans la portion buccale a même dimension; il est formé d'une tige assez mince, ronde, ne s'élargissant qu'au moment de former le crochet palatin, lequel est fenêtré pour offrir plus de prise par la muqueuse qui s'engage dans l'espace libre.

En avant du point où elle est coudée, la tige relève-luette est aplatie transversalement, et creusée d'une fenêtre d'un centimètre et demi de longueur, pour permettre un déplace-

ment d'avant en arrière sur l'axe transversal qui la supporte. Cet axe, contenu entre deux montants du pivot, est doublé d'un galet qui facilite les mouvements de glissement.

Au-dessous du point qui reçoit le pouce sur la tige relève-luette, se trouve un autre galet, permettant le glissement de cette extrémité sur le manche de l'instrument. Ainsi, le mouvement d'élévation du crochet palatin est limité par la rencontre de son extrémité extra-buccale avec le manche de l'abaisse-langue; celui de projection en avant du crochet qui tient le voile se fait par glissement, de cette même extrémité libre, sur la portion où elle appuie, et se trouve limitée par la longueur de la fenêtre pratiquée dans la tige du relève-luette.

L'application de notre instrument exige trois temps.

1[er] *Temps :* Le pouce de la main gauche reposant sur la plaque qui termine l'extrémité libre du relève-luette et le crochet palatin reposant sur l'abaisse-langue, *déprimer la base de la langue et accrocher le voile du palais.*

2[e] *Temps : Relever le voile du palais au moyen d'une pression exercée par le pouce de la main qui tient l'instrument.* (Mouvement limité, par la rencontre de l'extrémité extra-buccale du relève-luette, avec le manche de l'abaisse-langue.)

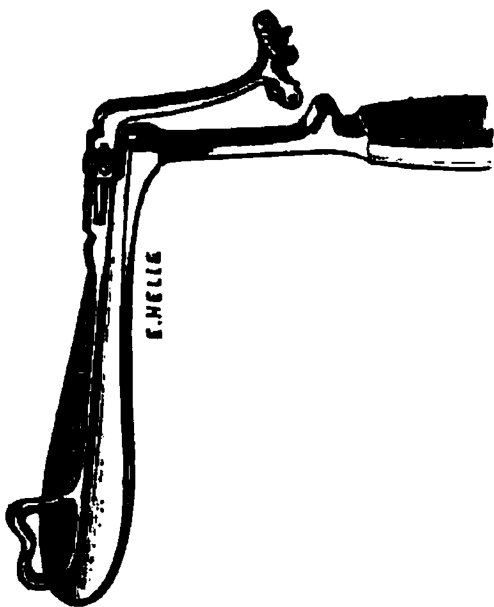


Fig. 4. — Position du 1[er] temps.

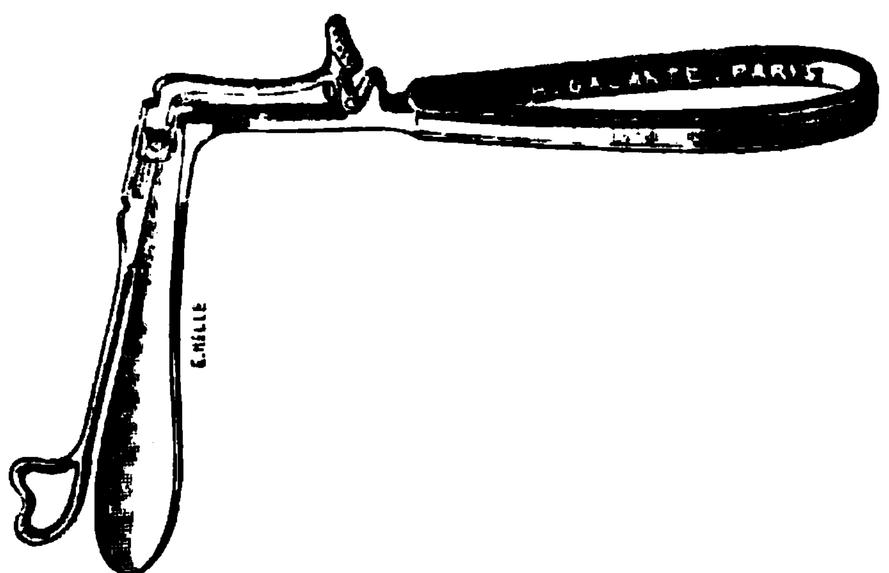


Fig. 5. — Position du 2[e] temps.

3[e] *Temps :* Le pouce de cette même main exerçant un mouvement de traction, *attirer le voile du palais en avant.*

Il n'est plus alors besoin que d'introduire le miroir rond dans l'espace resté libre entre le crochet palatin et l'extrémité buccale de l'abaisse-langue.

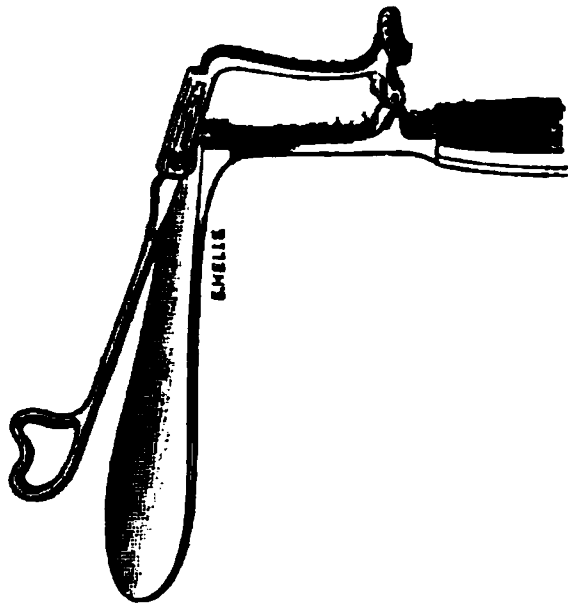


Fig. 6. — Position du 3e temps.

Avec cet instrument, on tient pour ainsi dire le malade à sa merci, car plus le dos de la langue tendra à s'élever, comme dans tous les cas où le voile du palais se révolte au contact du miroir, et plus le voile du palais sera relevé de par l'écartement fixe qui existe entre le releveur palatin et l'abaisse-langue. Le crochet palatin ne pouvant ainsi déraper, on peut donc, à volonté, par un simple mouvement de pouce, amener le voile du palais aussi en avant qu'il est nécessaire.

Il est bien entendu qu'un badigeonnage à la cocaïne au dixième est presque indispensable, ne serait-ce que pour éviter au patient une sensation pénible. Mais il a rarement besoin d'être répété, car la mise en place de l'instrument ne demande que quelques secondes, et l'examen a pu être pratiqué avant que l'anesthésie produite ait eu le temps de disparaître.

Il nous est même arrivé d'appliquer notre abaisse-langue relève-luette sans cocaïne, ce qui est impossible avec les relève-luettes ordinaires.

En résumé, nous ne voyons que deux catégories d'instruments dignes d'appeler l'attention du chirurgien pour lui faciliter la rhinoscopie postérieure, ce sont les relève-luettes et notre abaisse-langue relève-luette.

Les avantages du dernier sur les premiers sont les suivants :

Mise en place plus facile et plus rapide.

Appareil mieux supporté.

Maintien ferme de l'écartement du voile de la paroi pharyngienne, qui peut être augmenté par un simple coup de pouce.

Enfin un écartement constant et toujours égal entre le dos de la langue et le bord libre et relevé du voile du palais; c'est-à-dire un chemin largement ouvert, et toujours le même, pour le passage du miroir et des rayons lumineux.

III

TUMEURS FIBREUSES PRÉ-ÉPIGLOTTIQUES

Par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

Communication faite à la seconde réunion des otologistes et laryngologistes belges.)

J'ai l'honneur de vous présenter les préparations microscopiques d'une tumeur opérée à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Je remercie M. le Dr Gouguenheim d'avoir bien voulu me permettre de collaborer à l'opération.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui a toussé pour la première fois et pendant quelques jours, en mars 1890. La toux s'est ensuite reproduite de temps à autre, mais elle est devenue continue depuis six semaines et a pris un caractère quinteux très prononcé. La voix est rauque.

A l'examen laryngoscopique, le larynx se montre tout à fait normal, mais en avant de l'épiglotte, sur la partie postérieure de la base de la langue, on trouve trois tumeurs dont l'une a le volume d'une petite noix. Elles présentent une coloration identique à celle de la muqueuse voisine, elles ont une surface lisse et leur consistance est fibreuse. On re-

marque aussi que l'épiglotte suit les mouvements de la tumeur la plus volumineuse.

La malade a beaucoup maigri depuis six semaines, mais elle ne présente pas d'antécédents particuliers et il n'existe pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

L'ablation des tumeurs offrant des difficultés lorsqu'on emploie le laryngoscope, leur extirpation se fait directement sous le doigt servant de guide à l'aide de la forte pince coupante de M. Gouguenheim.

Un phénomène qui nous frappe, c'est que la malade parle aussitôt avec plus de facilité.

J'ai fait, à l'Ecole pratique, avec M. le Dr Legry, l'examen microscopique des fragments enlevés, mais leur caractère histologique est assez vague. On y reconnait pourtant l'existence d'une assez grande quantité de tissu fibreux peu serré avec quelques cellules de tissu conjonctif et des vaisseaux. Les faisceaux fibreux circonscrivent par places de très petits espaces qui ne sont pas nettement celluleux. Les préparations ont été durcies, les unes à l'alcool, les autres dans le liquide de Müller et colorées soit au moyen du picrocarmin, soit par l'hématoxyline et l'éosine. Elles ont été soumises à l'examen de MM. les professeurs Cornil et Letulle qui ne se sont pas prononcés d'une façon nette à leur égard. Néanmoins le caractère fibreux de ces néoplasmes ne parait pas douteux.

On sait du reste que la région pré-épiglottique peut être le siège des altérations les plus variées. On peut y rencontrer l'inflammation et l'hypertrophie de l'amygdale linguale. M. Ruault en a observé un certain nombre de cas à la suite de Lennox-Browne, de Heymann et d'autres. Les kystes dermoïdes n'y sont pas rares. Les kystes thyroïdiens s'y rencontrent parfois également : ils sont congénitaux et proviennent du conduit thyréo-lingual méso-branchial. Rosenberg, à propos d'un travail d'ensemble sur les tumeurs de la région pré-épiglottique, a présenté à la Société laryngologique de Berlin (séance du 20 février) un cas de papillome. Signalons aussi l'enchondrome, l'ostéome, le sarcome et le carcinome.

Si nous considérons notre cas d'après ses caractères cliniques, nous sommes porté à le regarder comme une hypertrophie fibreuse de la quatrième amygdale. Mais l'absence du tissu qui la caractérise, ne nous permet pas d'accepter cette interprétation, et nous croyons qu'il est plus exact de désigner l'affection sous la dénomination de tumeurs fibreuses pré-épiglottiques.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire raisonné des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx et de l'œsophage, par G. Ficano (**Palerme**, C. Clausen, 1891, 1 vol. in-8° de 130 pages).

La médecine italienne qui, dans le milieu de ce siècle s'était tenue un peu à l'écart du mouvement scientifique, a subi dans ces dernières années une rénovation radicale et tend à prendre un des premiers rangs. La laryngologie y est florissante, peut-être plus même que chez nous : cela tient non aux hommes, mais aux choses ; les conditions d'études, au delà des Alpes, sont meilleures : le nez, le larynx y sont des organes qu'un médecin « arrivé » peut étudier sans porter atteinte à sa dignité. Sous l'impulsion puissante que lui a imprimée Massei, notre spécialité y progresse rapidement, et l'Italie nous envoie chaque année d'excellents manuels spéciaux que nous louons en attendant que nous les imitions. Le petit livre du Dr Ficano, s'il était traduit, devrait prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens français. Chaque affection de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx, y est décrite en quelques lignes qui en caractérisent le diagnostic ; puis la thérapeutique en est exposée, non point un traitement obscur, compendieux, où le médecin ne sait comment se reconnaître, mais quelques formules claires, précises, et tout à fait d'accord avec les travaux les plus récents. M. L.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET D'OTOLOGIE DE PARIS

COMPTE RENDU PAR P. GASTOU

Séance du 3 juillet 1891

Présidence du Dr GELLÉ

Deux cas de guérison de suppurations chroniques de la caisse par excision du marteau, par le Dr LUC (de Paris). — Après avoir dit que le curettage de la caisse est utile dans quelques cas d'ostéite chronique tuberculeuse, l'auteur, voulant démontrer que ce curettage n'est pas toujours suffisant, et qu'il est souvent nécessaire de se donner du jour par l'ablation préalable d'un ou deux osselets, cite les deux cas suivants :

1re OBSERVATION : Malade de 24 ans, vigoureux, écoulement de l'oreille droite datant de 7 ans, devenu fétide depuis 2 ans et consécutif à l'introduction d'un cure-dent dans l'oreille.

Pas d'amélioration par les traitements habituels : on fait la perforation du tympan sous la petite apophyse du marteau, il apparaît aussitôt une masse polypiforme végétante. La sonde donne sur la tête du marteau la sensation de végétation et de mobilité. L'ouïe a comme acuité 0.02 centim.

Insensibilisation locale par la cocaïne au 1/3, section du tendon du muscle interne du marteau ; ce dernier est saisi au niveau du manche à l'aide d'une pince et enlevé, il présente des irrégularités au niveau de sa tête. Cette opération donne lieu à un petit écoulement de sang. Curettage de la cavité tympanique supérieure.

A la suite de l'opération : vertiges, bourdonnements, vomissements bilieux. Les jours suivants atténuation de ces phénomènes, mais surdité plus considérable. A travers la perte de substance on voit la corde du tympan.

A la date du 27 mai, c'est-à-dire 2 mois après, les vertiges ont cessé, l'ouïe est améliorée, mais reste inférieure à ce qu'elle était auparavant ; son acuité est de 0,01 à la montre. Il n'existe plus d'écoulement.

2e Observation. — B. 29 ans, porteur de cicatrices d'abcès froids ; depuis novembre, écoulement purulent de l'oreille gauche, pus fétide. Le fond du conduit est occupé par une masse polypiforme qui est extraite avec le serre-nœud. Cautérisation du moignon avec l'acide chromique cristallisé ; instillations d'acide borique en suspension dans l'alcool absolu.

Consécutivement : douleurs d'oreilles, paralysie faciale gauche.

Au bout de 3 semaines, le polype se reforme, on l'extrait à la curette, il se reproduit.

L'insertion de ce polype semble se faire en arrière du marteau au niveau de la partie postéro-supérieure de la caisse.

Pour se donner du jour, pour voir les lésions et les poursuivre, l'auteur chloroformise son malade et extrait le marteau.

L'écoulement du sang étant abondant, le curettage est fait d'après les indications données par le doigt et très profondément en allant jusqu'à défaut de sensation de mollesse.

Application de chlorure de zinc au dixième ; gaze iodoformée.

Consécutivement, ni douleur ni vertige ; la suppuration continue ; il existe une insensibilité complète du bord gauche de la langue.

Le 29 mars apparaît une nouveau polype en haut et en arrière. A cause de la suppuration il est à craindre qu'on soit obligé de trépaner les cellules mastoïdiennes.

Avant d'en arriver là, l'auteur tente un nouveau curettage, se servant de la brèche produite par l'enlèvement du marteau et d'une curette coudée poussée à fond.

Quinze jours après, la suppuration est tarie et les fongosités n'ont plus reparu.

Discussion.

Dr Miot fait observer qu'il est impossible de discuter une communication qui est du domaine courant, d'autant plus que l'auteur n'est point là pour se défendre ; cependant il reproche au Dr Luc la hardiesse d'un curettage fait à l'aveugle : en allant trop près de la paroi supérieure de la caisse, il aurait bien pu enfoncer le plafond et curer le cerveau.

Dr Ménière est du même avis ; ces faits sont du domaine chirurgical, c'est un exposé de choses vues et faites et non un travail original.

Dr Miot dit que s'il était question de résection du marteau et non d'excisions, il demanderait la permission de montrer un

instrument qu'il a imaginé pour la résection du manche du marteau.

Dr Gellé se demande comment ou peut voir l'hiatus de l'antre si on n'enlève que le marteau et le manche. L'enclume gêne davantage, elle a dû être enlevée; dû reste le polype avait dû la détruire, sans cela la curette n'aurait pu marcher.

Dr Miot. L'auteur semble justifier l'enlèvement d'un marteau non carié. Ne pouvait-il pas simplement enlever la moitié postérieure du marteau? Il ne faut jamais désarticuler ce qui n'est pas carié; quoique l'acuité auditive puisse rester bonne après la désarticulation, il est préférable de garder intacte la chaîne des osselets. Il arrive souvent qu après avoir essayé plusieurs traitements sans succès, on se décide pour l'extraction, et qu'aussitôt la résolution prise, l'écoulement se tarit comme par enchantement.

Dr Gellé. Je suis du même avis que M. Miot; j'ai été sur le point, un jour, d'opérer un de mes malades : en changeant de traitement il a guéri. Ces grandes opérations ne sont pas prudentes; je n'admets l'extraction du marteau que dans les cas où il a sa tête cariée et garnie de fongosités.

Dr Miot, tout en reconnaissant la valeur des observations du Dr Luc, croit qu'il ne faut pas vouloir opérer quand même, pour ne pas déprécier la chirurgie auriculaire, qui a tant de tendance à l'être en France.

Présentation d'instruments. — Le Dr Miot présente un instrument, un sécateur, permettant de couper la longue apophyse du marteau. Le manuel opératoire consiste à inciser la membrane tympanique en avant et en arrière du manche, et à insinuer la lame du sécateur entre la paroi interne de la caisse et le marteau.

Comme un même sécateur pour les deux oreilles pourrait entraîner la lésion de l'articulation endo-stapédale ou briser une branche de l'étrier, l'auteur a fait construire un sécateur pour chaque oreille.

Dr Gellé : Avec le sécateur Delstanche on saisit bien, mais l'instrument glisse.

Dr Miot : Ce qu'il y a de difficile avec la plupart des instruments, c'est de les insinuer entre la paroi interne et le marteau.

Dr Ménière : Pour bien tenir avec l'instrument de Delstanche, il faut serrer bien perpendiculairement. J'ai coupé de cette façon un fil de fer de 3 millimètres.

Dr Gellé : Je suis partisan de faire seulement la section de la branche descendante pour les bourdonnements.

Dr Miot : Au lieu de couper la grande branche, il vaut mieux faire la désarticulation endo-stapédale, on s'expose moins à casser ou arracher une branche de l'étrier.

Carcinome de la corde vocale gauche. — Laryngofissure. — Mort cinq jours après, par le Dr Lichtwitz, de Bordeaux. — (Sera publié.)

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

COMPTE RENDU PAR KRAKAUER

Séance du 26 juin 1891.

Présidence de M. B. Fraenkel.

M. Katzenstein présente un cas de *tumeur nasale récidivée*. Le malade, âgé de 25 ans, avait eu il y a deux ans, une tumeur intra-nasale du volume d'une noix, segmentée et saignant facilement, dont le siège ne pouvait être exactement défini.

L'examen microscopique révéla un sarcôme à cellules fusiformes. Une opération fut pratiquée en octobre 1889 après incision du nez. La tumeur provenait de la partie postérieure et supérieure du septum. Guérison par première intention.

Au bout de quelque temps apparurent, à la place de l'opération, des végétations muqueuses bénignes. En août 1890, il survint un accroissement rapide, et l'examen d'un fragment révéla un sarcôme. Le malade refusa de continuer le traitement.

Actuellement la tumeur occupe toute la moitié droite du nez, qui est largement œdématié ; et la région de la surface lisse du frontal est très proéminente. Sur la face dorsale du nez, on voit, dans une étendue de 2 centimètres, deux ouvertures.

La paupière supérieure droite est œdématiée, infiltrée et présente un ptosis incomplet. Le lobe oculaire dévie en bas et en dehors. On note une diplopie entrecroisée. Les muscles oculaires externes sont tous parésiés. Le fond de l'œil est normal.

Complications nerveuses de la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, par MM. Schorler et Remack.

M. Schorler. Le malade présente une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit; la corde vocale est dans la position d'adduction et est légèrement concave. Phonation à peu près normale; peu de raucité. La moitié droite du voile paraît élargie, la gauche rétrécie.

L'excitabilité réflexe de la voûte palatine postérieure est un peu diminuée à droite. Diagnostic : Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieur et interne droits.

M. Remack a observé dans ce cas encore beaucoup d'autres complications qui sont dignes de remarques pour savoir s'il s'agissait d'une paralysie périphérique ou centrale.

En dernier lieu, la langue s'est prise aussi: il existe une hémiatrophie droite relative, cette moitié droite de la langue étant bien plus mince que la gauche. La langue ne dévie pas quand on la tire; au contraire, elle reste dans la ligne droite. L'excitabilité est considérablement diminuée; toutefois, il n'existe aucune réaction de dégénérescence. Il s'agit donc d'une atrophie musculaire à marche progressive lente.

Du côté du muscle facial, il n'y a pas de paralysie directe; mais il existe de légères convulsions musculaires du côté droit de la commissure des lèvres: l'œil droit ne peut pas non plus se fermer complètement. Léger nystagmus; myosis.

Même sans déviation de la tête, le muscle sterno-cleido-mastoïdien, ainsi que la partie supérieure du trapèze, ne répondent à aucune excitation.

Le nerf vague est intact. Surdité nerveuse à droite.

Pour l'étiologie de cette affection, il faut exclure le tabès et la syphilis. Le malade dit avoir eu, il y a vingt ans, une angine, probablement un abcès de l'amygdale; depuis lors, la déglutition lui est pénible. L'enrouement date d'un an et apparut consécutivement à des convulsions de la moitié droite de la face.

Le diagnostic différentiel consiste à savoir s'il s'agit d'un processus de la base ou circonscrit à la région des nerfs cérébraux ou d'une lésion nucléaire de la moitié droite de la moelle. L'auteur cite les faits de la littérature qui s'y rapportent et, en particulier, un cas qu'il a observé avec Israël, dans lequel l'ensemble des symptômes fut occasionné par l'extirpation d'une tumeur (cavernome) de la région du trou jugulaire.

Remack croit qu'il s'agit ici d'un processus de la base du

crâne, malgré l'immobilité de la pupille, qui est plutôt considérée comme un symptôme d'affection centrale.

Discussion.

M. Grabower croit que le cas est en faveur de sa théorie, d'après laquelle le nerf vague seul pourrait provoquer l'innervation motrice des muscles du larynx. S'il s'agissait ici d'une affection nucléaire, le noyau du vague devrait être atteint, ce qui n'est pas. Justement la participation unilatérale du muscle dilatateur plaiderait en faveur de la paralysie isolée des fibres du vague qui desservent ces muscles.

M. Remack ne peut adhérer aux théories de Grabower, et il croit fermement, d'après ses observations, à la manière de voir de Bischof et de Claude Bernard.

M. Scheier présente *deux préparations de carcinôme de la base de la langue* situé immédiatement en arrière du foramen cœcum.

PRESSE ÉTRANGÈRE

1° Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie pernicieuse; 2° Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie simple; 3° Un cas de nouvelle formation d'os dans le tympan, par J. Habermann (*Prager med. Wochenschrift*, n° 39, 24 septembre 1890.)

1° L'auteur rapporte l'histoire d'une malade âgée de 21 ans, morte d'une anémie pernicieuse. Des symptômes observés pendant la vie, ne nous intéressent que la surdité, le bourdonnement et le vertige intense dont la malade était atteinte.

Le sang examiné à plusieurs reprises était aqueux, très pâle, et montrait une coloration rouge très irrégulière, comme marbrée. Au microscope on trouvait un entassement incomplet, comme des pièces de monnaie, des globules rouges, beaucoup de globules rouges isolés, beaucoup de microcytes, quelques prikilocytes, et le nombre des globules blancs peu modifié.

A l'autopsie, on constatait entre autres des hémorrhagies des méninges, du cerveau, du pharynx, du péricarde, de l'intestin grêle et de la rétine de l'œil droit.

L'auteur a disséqué l'oreille droite. L'oreille moyenne était normale. Pour examiner le labyrinthe, il ouvrit la paroi anté-

rieure du limaçon et des canaux semi-circulaires supérieur et postérieur, durcissant tout l'organe dans le liquide de Müller, le décalcifiant dans l'acide azotique à 5 0/0 et l'enferma dans la celloïdine pour faire ensuite l'examen microscopique.

Le conduit auditif interne et le nerf acoustique étaient normaux. Le limaçon, à part quelques petites hémorrhagies, était aussi normal. Par contre, dans le vestibule et dans les canaux circulaires il existait des hémorrhagies très étendues que l'auteur décrit en détail.

Les vaisseaux au niveau des hémorrhagies n'étaient pas extasiés et l'extravasation du sang a dû se produire par diapédèse.

Comparant les symptômes observés chez la malade avec les résultats de l'autopsie de l'organe de l'ouïe, l'auteur explique la surdité et les bourdonnements par les hémorrhagies labyrinthiques. Quant au vertige, étant donnée l'incertitude de nos notions sur la fonction des canaux circulaires, l'auteur n'ose se prononcer sur la question de savoir s'il était dû aux hémorrhagies des canaux ou plutôt aux lésions du cerveau qu'on avait également constatées.

2° Le cas n'a été observé que sur le vivant et quatre années seulement après le début de la maladie. La malade, âgée de 20 ans, a eu quatre ans auparavant des hémorrhagies stomacales, intestinales et rétiniennes. En même temps elle était devenue sourde, avait éprouvé des bourdonnements et par moment du vertige. Plus tard, l'anémie disparut sous l'action des eaux minérales ferrugineuses de Franzensbad en Bohême, l'acuité visuelle devint normale, et il ne resta qu'une légère surdité. Étant donné l'absence de lésions de l'appareil transmetteur des sons et l'apparition simultanée d'hémorrhagies dans d'autres organes, l'auteur conclut à une hémorrhagie labyrinthique probable.

3° Il s'agit d'une malade ayant succombé aux suites d'une anémie grave, d'une dégénérescence graisseuse du cœur avec péricardite récente, et d'autres maladies. L'oreille gauche a été examinée par Habermann. Il constata une ancienne perforation du tympan provenant d'une otite moyenne suppurée et une hyperplasie du tissu fibreux avec incrustations calcaires du reste du tympan telle qu'on la rencontre si souvent après des otites chroniques. Mais la seule chose remarquable dans ce cas c'est l'existence de corpuscules osseux dans une partie de la plaque calcaire. Toutefois il n'y avait ni canaux de Havers ni lamelles osseuses.

LICHTWITZ.

De l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales, par Bjoljakow. (Congrès des médecins russes à Moscou du 3 au 10 janvier 1890; *in Neurolog. Centralbl.*, n° 7, 1er avril 1891.)

L'auteur a vu 24 cas d'aliénation mentale chez lesquels existait en même temps une inflammation suppurative de l'oreille moyenne et interne. Dans 17 de ces cas l'existence de l'otite a pu être constatée à l'autopsie. Chez la plupart des malades observés, l'affection se montrait sous la forme d'hallucinations auditives.

Dans la moitié des cas ces hallucinations étaient unilatérales.

L. L.

Sur une modification nouvelle du traitement boriqué des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par A. Scheibe. (*Münch. med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1891.)

L'auteur n'a en vue que les suppurations chroniques des cavités accessoires de l'oreille moyenne, notamment de la cavité qui se trouve en haut et en arrière de la caisse, et qui est accessible par une perforation de la membrane de Shrapnell.

Dans les cas de suppuration de cette cavité, l'auteur recommande d'après Bezold l'insufflation directe de poudre boriquée au moyen d'une canule tympanique.

Voici son procédé : Après avoir nettoyé le conduit auditif et avoir enlevé des granulations s'il y en a, il fait des injections dans la cavité accessoire à l'aide de la canule tympanique qu'il introduit, en s'éclairant par le miroir frontal, à travers la perforation de la membrane de Shrapnell. Puis il sèche avec une petite sonde munie d'ouate (toujours en s'éclairant) la petite cavité autant que c'est possible, et enfin, à l'aide d'une canule tympanique sèche il insuffle l'acide borique finement pulvérisé dans la cavité.

Par ce traitement l'auteur a vu guérir les cas les plus anciens qui avaient résisté aux injections réitérées pratiquées avec la canule tympanique et dans lesquels, malgré l'ablation du marteau et l'ouverture de l'apophyse mastoïde, la suppuration n'avait pas tari.

Pour démontrer l'influence de l'insufflation directe de la poudre boriquée, Scheibe rapporte trois observations de la clinique du professeur Bezold.

LICHTWITZ.

De l'étiologie des oscillations de la tête, par J. Singer. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

L'auteur rapporte trois cas d'oscillations de la tête dus à des affections auriculaires.

Dans le premier cas les spasmes étaient survenus après un catarrhe du nez et de l'oreille moyenne et rappelaient les mouvements forcés qu'on obtient chez les pigeons en lésant les canaux semi-circulaires.

Le deuxième cas concerne un enfant atteint d'otite suppurée. Chez la troisième malade atteinte de vertige de Ménière il n'existait pas d'oscillations, mais elle tenait continuellement la tête penchée à droite. L. L.

De la pachydermie du larynx, par E. Meyer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, 1890.)

La pachydermie des cordes vocales n'est guère connue que depuis le travail de Virchow publié en 1887, bien que Hünermann, dans une thèse de Berlin parue en 1881, ait déjà signalé l'existence de cette affection.

Virchow donne la description suivante de l'aspect des cordes vocales :

« Dans la partie postérieure de la corde vocale, là où l'apophyse vocale de l'aryténoïde fait saillie immédiatement au-dessous de la muqueuse, on trouve des deux côtés un bourrelet hypertrophique de forme ovale, 5 à 8 millimètres de long et 3 à 4 millimètres de large, qui habituellement se dirige un peu obliquement d'en arrière et d'en haut, en avant et en bas, de sorte que son extrémité antérieure se trouve au-dessous du bord de la corde. Au milieu de ce bourrelet existe une excavation oblongue de peu de profondeur. »

L'auteur s'occupe de la partie clinique de cette affection qu'il a observée chez 11 malades de la clinique et de la clientèle du professeur Fraenkel.

Il n'a observé la pachydermie du larynx que chez des hommes de 36 à 40 ans, de forte constitution et n'ayant d'autres maladies qu'une pharyngite et une laryngite chronique, affections fréquentes chez les fumeurs et buveurs.

D'après l'auteur c'est une affection bénigne. Il n'a pas vu de suites graves comme le dit Hünermann.

Les malades se plaignent habituellement de quelques douleurs à la déglutition et d'une sensation de pesanteur dans la gorge.

Parfois les douleurs pendant la déglutition sont très violentes.

La raucité de la voix n'existe pas toujours parce que le bourrelet d'une corde s'applique contre la partie excavée de la corde opposée, de sorte que la fermeture de la glotte devient possible.

L'auteur insiste sur un symptôme qu'il a rencontré 7 fois sur 11 cas observés, c'est une gêne dans l'abduction des cordes vocales, mais il ne s'explique pas la relation de ce symptôme avec la pachydermie.

Le traitement consiste en faibles doses d'iodure de potassium qui rétablit la motilité des cordes, agit contre les troubles subjectifs, et qui appliqué pendant assez longtemps fait presque complètement disparaître les bourrelets hypertrophiques.

LICHTWITZ.

De la paralysie fonctionnelle de la phonation articulée, par O. Rosenbach. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, 13 novembre 1890.)

L'auteur distingue deux catégories de paralysie fonctionnelle de la voix articulée. Dans la première il s'agit d'un manque absolu ou partiel de l'innervation; dans la seconde catégorie, l'émission de la parole est empêchée par une action défectueuse des muscles qui président à la phonation.

A la première catégorie appartiennent trois formes distinctes : 1° Tous les muscles qui participent à l'émission et à l'articulation de la voix restent inertes. Le malade ne met en jeu ni les muscles de la face ni ceux de la langue, du larynx et de l'appareil respiratoire. C'est une vraie aboulie qui survient habituellement après une frayeur ;

2° Dans cette forme le malade fait des mouvements avec les lèvres et la langue comme s'il voulait parler, mais l'innervation des cordes vocales et celle des muscles inspirateurs et expirateurs, nécessaires au mécanisme de la voix articulée, font complètement défaut;

3° Le malade fait bien quelques mouvements saccadés des muscles expirateurs, mais les cordes vocales ne sont pas maintenues dans une adduction suffisante pour émettre un son.

Quelques groupes des muscles sont trop innervés, la plupart pas assez ; et le résultat de cette innervation défectueuse est que même la voix chuchotée ne peut être proférée.

Il existe des types de transition entre la deuxième et la troisième forme que nous venons d'esquisser.

A la deuxième catégorie appartiennent les cas dans lesquels la paralysie fonctionnelle est due à une action perverse des muscles. Malgré la forte innervation de certains groupes musculaires, la phonation n'est pas possible à cause d'une coordination défectueuse. Dans cette catégorie ce sont surtout les muscles du thorax et du ventre qui jouent un rôle important. Il peut se faire que les muscles de l'expiration sont seuls innervés, de sorte que les cordes vocales ne sont pas mises en vibration par l'air expiré. Dans d'autres cas, il s'agit d'une action perverse des muscles du larynx et du ventre à la fois.

L'auteur compare cette catégorie de paralysie fonctionnelle avec certaines formes de névroses professionnelles telle que la crampe des écrivains qui ne sont pas autre chose que des états d'innervation perverse.

Dans les cas de la première et de la deuxième catégorie, la parole ne peut être émise ni à voix haute ni à voix chuchotée malgré l'intégrité des appareils fonctionnels aiusi que celle des trajets nerveux qui président à la phonation.

Il ne peut s'agir dans ces cas que des troubles fonctionnels parce que les malades recouvrent souvent subitement la voix. Du reste, la phonation ne fait défaut que pour la voix articulée, mais elle existe, quaud le malade tousse, rit ou quand il soupire.

Quant à l'étiologie de cette affection, les cas de la première catégorie sont d'origine émotive. Il s'agit donc là d'une affection purement psychique et par conséquent curable par un traitement psychique quelconque.

Dans les cas de la deuxième catégorie, la paralysie peut aussi être causée par une émotion psychique, mais la plupart du temps ce sont des affections périphériques le plus souvent en voie de guérison qui engendrent l'aphonie par perversion de l'innervation.

Les malades atteints d'une affection laryngée, pharyngée ou nasale forcent leur voix et créent ainsi, par l'habitude, une innervation perverse.

L'auteur propose de réunir toutes ces formes sous la dénomination de « paralysie fonctionnelle de la phonation articulée ».

Les détails de cette intéressante étude doivent être lus dans l'article original. L. L.

Un cas de corps étranger du larynx, par P. Winternitz et J. Karlinski. (*Prager med. Woch.*, n° 37, 1890.)

Il s'agit d'une sangsue qu'une paysanne, probablement en bu-

vant de l'eau la nuit, s'était introduite dans la bouche. La sangsue adhérait à la surface laryngée de l'épiglotte et n'en put être détachée qu'après des pulvérisations avec une solution concentrée de chlorure de sodium. L. L.

Deux cas de guérison de tuberculose laryngée, par LAUENBURG. (*Münch. med. Wochenschrift*, n° 17, 1890.)

Le traitement des deux cas qui ont été observés à la clinique du Dr Seifert, de Wurzbourg, consistait en badigeonnages à l'acide lactique de 15 à 50 0/0 suivis d'insufflations d'iodol. Les badigeonnages se faisaient, au commencement, tous les deux jours, plus tard deux fois ou une fois par semaine seulement.

Dans le premier cas la guérison se maintient depuis un an. Dans le second cas l'ulcération de l'épiglotte se cicatrisait, bien que l'affection pulmonaire progressât. LICHTWITZ.

Un cas d'aphonie hystérique guéri par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis, par TH. CLEMENS. (*Therapeutische Monatshefte*, p. 402, 1890.)

Il s'agit d'un cas d'aphonie nerveuse qui a été vainement traité par toutes sortes de moyens thérapeutiques, entre autres par le courant faradique extérieurement appliqué sur le larynx.

L'auteur, se rappelant que l'accessoire de Willis est le seul nerf cérébral qui, par ses grandes branches musculaires (sterno-cleido-mastoïdien, trapèze et omo-hyoïdien) soit facilement accessible aux courants électriques, pensait que les applications de l'électricité par ces branches pouvaient facilement provoquer des phénomènes réflexes.

Il électrisait donc les branches musculaires de l'accessoire de Willis en se servant alternativement de l'électricité statique et de sa batterie en spirale. Au bout de six jours, le malade commençait à parler, et après quinze jours l'aphonie avait complètement disparu. L. L.

Tremblement hystérique, aphonie et bégaiement, par J. SINGER. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

La malade, âgée de 61 ans, souffre depuis vingt-trois ans d'enrouement passager. Depuis deux ans elle a des crises de bégaiement qui durent de quelques heures à plusieurs semaines.

Pendant que la malade raconte son histoire elle devient subitement aphone, mais au bout d'un moment l'aphonie disparaît et fait place au bégaiement. En parlant c'est ordinairement la pre-

mière syllabe qu'elle répète le plus souvent. En lisant des caractères imprimés elle ne bégaie pas du tout.

Il faut encore mentionner que la malade est atteinte depuis 1878 d'un tremblement des extrémités supérieures, principalement des mains.

Ce tremblement disparaît quand la malade exécute des mouvements volontaires, de sorte qu'elle peut écrire et coudre.

Le traitement électrique et bromuré est resté sans résultat appréciable. L. L.

Une modification utile du galvanocautère du larynx, par HERMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 2 octobre 1890.)

La modification du cautère laryngé consiste en ce que les fils de cuivre sont coudés à angle droit à leur extrémité. La partie coudée a 3 millimètres de long et porte sur son extrémité la plaque en platine également de 3 millimètres de long, tandis que les cautères en usage sont tous munis d'une partie en platine ayant une longueur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimetres.

Le nouveau cautère aurait l'avantage sur les anciens de pouvoir être appliqué sur un point déterminé du larynx et même de l'espace sous-glottique sans léser d'autres parties du larynx, surtout quand le malade fait un mouvement de déglutition.

De plus, l'armature en platine, grâce au coude, peut facilement être suivie au miroir laryngé.

Il faut un cautère pour le côté droit, un autre pour le côté gauche et un troisième pour la paroi postérieure. L. L.

Technique opératoire dans les tumeurs rétro-nasales, par L. GRUNWALD. (*Münch. med. Woch.*, n° 20, 1890.)

Dans les cas de tumeurs rétro-nasales, que ces dernières soient implantées dans le pharynx nasal ou sur le pourtour des choanes, l'auteur recommande un procédé ancien mais qui est tombé dans l'oubli. Voici ce en quoi il consiste : On introduit la sonde de Belloc par le nez dans la bouche, on y attache un chef du fil de laiton et en passant par un côté de la tumeur on le fait sortir de la narine. Puis on introduit la sonde de nouveau par la même narine et on prend l'autre chef du fil qu'on tire du nez en passant par l'autre côté de la tumeur. On a ainsi formé dans la bouche une anse dont les deux chefs sortent par une narine. On n'a qu'à tirer doucement les deux chefs du fil en dirigeant l'anse à l'aide de l'index de la main gauche contre la paroi postérieure

du pharynx pour voir glisser l'anse autour de la tumeur jusqu'à son point d'implantation.

L'auteur a, par ce procédé, enlevé un gros polype rétro-nasal qu'il avait vainement essayé d'extraire avec une anse introduite directement par le nez.

Dans un cas de sarcome du pharynx nasal il a également réussi à passer l'anse autour de la tumeur en se servant de la sonde de Belloc.

(A l'occasion de ce cas, l'auteur parle d'un accumulateur qui aurait eu une tension de 20 volts. Il a probablement voulu dire 2 volts.) L. L.

De l'épistaxis, par C. ROSENTHAL. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 3, 8 janvier 1891.)

L'article, écrit pour les médecins praticiens, résume brièvement l'état actuel de nos connaissances sur l'épistaxis. L. L.

Végétations adénoïdes chez les adultes, par PATRZEK. (*Deutsche mediz. Zeitung*, p. 841, 1890.)

L'auteur a observé quatre malades âgés de 28 à 42 ans, atteints de végétations adénoïdes. Il est d'avis que chez l'adulte cette affection n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. L. L.

Sur le larmoiement, par KIESSELBACH. (*Münch. med. Woch.*, n° 34, 26 août 1890.)

Dans cette courte note, l'auteur insiste sur la nécessité du traitement nasal surtout dans les cas de larmoiement qui ne présentent aucune lésion des voies lacrymales. Il a pu constater que dans ces cas l'espace entre le cornet inférieur et la paroi latérale du nez était toujours plus étroit que dans les cas normaux. Il conseille de pratiquer l'ablation ou la cautérisation des parties hypertrophiées du cornet inférieur, voire même la résection d'une partie osseuse du cornet, et il dit sans autres détails qu'on peut souvent faire disparaître le larmoiement par ce traitement.

Dans les cas de larmoiement dû à des affections des voies lacrymales, l'examen nasal et le traitement des voies lacrymales par l'orifice inférieur peuvent avoir aussi leur utilité.

LICHTWITZ.

Un cas de pemphigus des muqueuses, par A. BANDLER. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

Le cas a été observé à la policlinique du professeur J. Singer,

de Prague. Il concerne un homme de 68 ans, montrant un peu de marasme sans autres affections constitutionnelles.

L'affection siège sur les muqueuses, buccale, pharyngée et laryngée, au pourtour de l'anus et dans un pli de l'ombilic et dure depuis deux ans. Elle se montre sous forme de vésicule ou plus souvent d'un enduit croupal grisâtre qui se détache facilement de la muqueuse peu hyperémiée.

Les vésicules ne restent jamais plus d'une journée sur les muqueuses. Tandis qu'elles persistent de deux à trois jours sur les limites de la muqueuse et de la peau. A la place de la vésicule de la muqueuse se forme un enduit grisâtre qui reste adhérent en moyenne quatre jours.

Chaque nouvelle éruption était précédée d'un malaise, de céphalalgie, de frisson et du vertige, etc. On ne constatait jamais de fièvre.

Le traitement fortifiant et le traitement local sont restés inefficaces.

Le pronostic doit être considéré comme grave étant données les récidives fréquentes et l'augmentation du marasme.

LICHTWITZ.

Contribution à l'étude de la pathologie de la langue, par M. JOSEPH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, 30 avril 1891.)

L'auteur rappelle d'abord les trois cas d'affection rare de la langue que Michelson a tout récemment publiés sous le nom de *glossite superficielle chronique*, nom qui a été donné à cette affection par Möller il y a 40 ans.

Cette affection se distingue par une rougeur offrant la forme de taches ou de stries, par des excoriations et par un gonflement de la langue. Mais ce qui est surtout caractéristique ce sont les troubles intenses dont se plaint le malade et qui ne sont nullement en rapport avec les altérations anatomiques qu'on découvre.

L'auteur rapporte un cas nouveau qu'il a observé pendant un an et demi. La jeune malade s'était brûlé la langue en mangeant un plat renfermant de la moutarde. Cette brûlure résistait à toutes les médications. Les mouvements de la langue étaient assez douloureux. La malade éprouvait surtout en mangeant de violentes douleurs produites par les mouvements de la langue et aussi par le contact des aliments. Il existait, en outre de la céphalalgie, des battements de cœur et de l'angoisse.

Localement, on voyait un gonflement de la langue. Sa surface

rouge, surtout sur les bords, était pourvue de rhagades et les papilles de la langue étaient saillantes, surtout les papilles caliciformes. Parmi les médicaments employés par l'auteur, l'acide lactique, en solution de 50 0/0, semblait mieux que les autres amener une amélioration bien que passagère dans l'état subjectif de la malade.

Il faut, d'après l'auteur, rapprocher de cette affection la maladie décrite par Kaposi sous le nom de glossodynie exfoliative.

A la fin, J... insiste de nouveau sur l'emploi de l'acide lactique dans la leucoplasie de la langue. LICHTWITZ.

Hémiatrophie de la langue d'origine extra-cranienne, par H. S. BIRKETT, de Montréal (**Hemiatrophia lingual of extra-cranial origin**) (*Montreal Med. Journ.*, mars 1891).

W. C. B..., 23 ans, raconte qu'il a eu les oreillons il y a neuf ans et a vu se développer bientôt après une tumeur dans le côté droit du cou, immédiatement derrière l'angle de la mâchoire. Quinze jours après le début de la tumeur, il ressentit les premiers troubles de la parole et d'autres phénomènes qui se sont accentués depuis. Au repos, on trouve la langue sur le plancher de la bouche, la pointe déviée à gauche, le côté droit de la langue paraissant beaucoup plus droit et bombé, mais l'aspect inverse se produit aussitôt que la langue est tirée : la pointe déviée à droite, la moitié droite petite, ridée, ratatinée, jaune, tandis que la moitié gauche est pleine, rouge. Les sensibilités gustative et tactile sont conservées à la langue ; il n'y a pas de contractions fibrillaires ; les muscles droits présentent la réaction de dégénérescence. Le voile du palais présente une paralysie du côté droit. Anesthésie absolue des piliers, du pharynx et du naso-pharynx. L'épiglotte est dans une position intermédiaire outre la verticale et l'horizontale et la phonation montre que le bord droit reste immobile. Paralysie incomplète de la corde vocale droite. Du côté des yeux, rétrécissement de la pupille et de la fente palpébrale droites. Derrière l'angle de la mâchoire se trouve une tumeur ferme, lisse, immobile contre le bord antérieur du sterno-mastoïdien. En comprimant la tumeur on provoque instantanément de la rougeur vive de la face à droite, de l'hyperhydrose de ce côté et une grande sécheresse de la gorge. Les symptômes observés conduisent au diagnostic suivant : la tumeur, ganglionnaire vraisemblablement, comprime ou englobe l'hypoglosse, le vague, le spinal, le plexus pharyngé et le ganglion cervical supérieur du grand lympha-

tique, en admettant les notions généralement enseignées ; il faut cependant remarquer que le voile du palais était paralysé, tandis que le nerf facial se trouvait intact; l'opinion classique suivant laquelle l'arygos de la luette et le releveur du voile palatin (levator palati) recevaient leurs nerfs moteurs de la 7e paire par le grand pétreux superficiel se trouve en défaut. C'est la 11e paire qui fournit ici à ces muscles ainsi que l'enseignent Horsley, Hughlings, Jackson et Fraenkel. M. W.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Larynx et Trachée.

Traitement du spasme de la glotte par excitation de la pituitaire, par Kürt (*Soc. imp. roy. des méd. de Vienne*, séance du 23 mai; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 3 juin 1890).

Beitrag zur Localisation des corticalen Stimmen centrums beim Menschen. Contribution à la localisation du centre cortical de la voix chez l'homme, par Rossbach (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, vol. 46, fasc. 2, p. 141).

Extirpation du larynx, par Bardenheuer (*Deuts. med. Woch.*, n° 21, 1890).

Zur Pathologie der Motilitätstörungen des Kehlkopfes. Zwei Fälle von bilateraler Adductorenlähmungen. Pathologie des troubles de la motilité du larynx. Deux cas de paralysie bilatérale des adducteurs, par G. Scheff (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 3, 10 et 24 juin 1890).

Un cas d'aphasie, par Wernicke (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 3 juin 1890).

Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. Mort subite par hyperplasie du thymus pendant la trachéotomie, par Kruse et Cahen (*Deuts. med. Woch.*, 22 mai 1890).

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. De la localisation corticale du larynx, par H. Krause (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin 1890).

Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur im Verlaufe der Tabes Dorsalis. Les paralysies des muscles du larynx dans le tabes dorsal, par R. Dreyfuss (*Virchow's Archiv. f. path. anat. u. Phys. u. f. klin. med.*, 120 band, 1890).

Troisième contribution à l'étude de l'aphonie spastique, par G. Jonquière (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1890).

Corps étrangers du larynx, par M. Schaeffer (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, juin 1890).

Aiguille à coudre dans la trachée, par Schorler (Soc. de laryng. de Berlin ; in *Deuts. med. Zeit.*, 23 juin 1890).

Affections des voies respiratoires supérieures dues à l'influenza, par Lublinski et Landgraf (Soc. de laryng. de Berlin; in *Deuts. med. Zeit.*, juin 1890).

De l'apsithyrie, par Peltesohn (Soc. de laryng. de Berlin, 2 mai 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 28 juillet 1890).

Œdème du larynx consécutif à l'emploi de l'iodure de potassium, par A. Rosenberg (Soc. de laryng. de Berlin, juin 1890; in *Deuts. med. Woch.*, n° 37, 1890).

Courte note sur douze extirpations du larynx, par A. Tietze (*Berl. klin. Woch.*, 21 juillet 1890).

Du sifflement inspiratoire comme signe de sténose trachéale, par Scheinmann (Soc. de laryng. de Berlin, juin 1890).

Intubation du larynx, par Seifert (*Munch. med. Woch.*, 15 juillet 1890)

Pyoctanine contre les ulcérations tuberculeuses du larynx et de la trachée, par J. Scheinmann (*Berliner klin. Woch.*, 18 août 1890).

Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx, par H. T. Butlin (Sect. de laryng. et rhinol., congrès de Berlin, août 1890).

Tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, par Bosworth (Section de laryng. et rhinol., congrès int. de Berlin, août 1890).

Contribution à l'étude de l'origine du cancer du larynx, par Neumann (Section de laryng. et rhinol., congrès int. de Berlin, août 1890).

Laryngo-fissure, par Piniaczek (Section de laryng. et rhin., congrès int. de Berlin, août 1890).

Tubage du larynx, par O' Dwyer et Ranke (Sect. de pediatrie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Hypertrophie des cordes vocales inférieures, par Bandler (*Soc. des méd. all. de Prague*, 4 juillet; in *Wiener klin. Woch.*, 14 août 1890).

Casuistiques des sténoses du larynx provoquées par des corps étrangers, par E. Kossow-Gerronay (*Wiener klin. Woch.*, 28 août 1890).

La laryngologie depuis le dernier congrès international en 1887, par B. Fraenkel (Sect. de lar. congrès int. de Berlin, août 1890).

Complication de la trachéotomie chez les vieillards, par Michael (Sect. de laryng. du congrès de Berlin, 1890).

Photographies du larynx pendant le chant, par T. R. French (Sect. de laryng. du congrès de Berlin, août 1890).

Traitement de la phtisie laryngée, par Stœrk et H. Krause (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Innervation motrice du larynx, par F. Semon et V. Horsley (Congrès de Berlin, août 1890).

Syphilis des voies aériennes supérieures, par G. M. Lefferts (Sect. de lar. du congrès de Berlin, août 1890).

Inflammations infectieuses aiguës du larynx et du pharynx, par F. Massei et M. Schmidt (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

26 extirpations du larynx, par Hahn (Congrès de Berlin, août 1890).

Cas de cancer du larynx, par Chiari et Stœrk (Congrès de Berlin, août 1890).

Pachydermie laryngée, par Kuttner (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 8 septembre 1890).

Combinaison de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par J. Schnitzler (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890; in *Int. klin. Runds.*, 21 septembre 1890).

Contribution à l'innervation du larynx, par Grabower (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Des tumeurs trachéales, par P. Koch (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx, par Gottstein (Sect. de lar. du congrès de Berlin; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 2 septembre 1890)

Ueber das Vorkommen der Syphilis in den oberen Luftwgen. De la syphilis des voies aériennes supérieures, par L. Schrötter (Congrès de Berlin; in *Wiener klin. Woch.*, 11 et 18 septembre 1890).

Kann bei Larynxphtise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung

eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? Peut-on obtenir la guérison radicale de la phtisie laryngée au moyen du traitement chirurgical? par T. Heryng (Congrès de Berlin, sect. de lar.; in *Berl. klin. Woch.*, 15 et 22 septembre 1890).

Ueber die Beziehungen des Carcinoms zur Pachydermie. Des rapports du carcinome avec la pachydermie, par A. Kuttner (*Virchow's Archiv.*, 121 Bd, 1890).

Ueber die Erscheinungen und Komplikationen von seiten der Respirations organe im Verlauf der Influenza-Epidemie. Sur l'apparition des complications du côté des organes respiratoires au cours de l'épidémie d'influenza, par A. Sokolowski (*Int. klin. Rundschau*, n°° 11, 13, 14 et 15, 1890).

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique, par A. Sokolowski (*Int. klin. Rundschau*, n°° 19 et 20, 1890).

Heilung eines Larynxcarcinoms durch Extirpation eines Theiles der linken Hälfte des Kehlkopfes. Guérison d'un carcinome du larynx par l'ablation d'une partie de la moitié gauche du larynx, par Stœrk (*Wiener med. Woch.*, 9 août 1890).

Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang. Un cas de fracture du larynx avec issue favorable, par A. Sokolowski (*Berl. klin. Woch.*, 6 octobre 1890).

Ueber Pachydermia laryngis be sonders an der Interarytänoïdfalte. De la pachydermie laryngée, surtout dans les plis interaryténoïdiens, par O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 9 octobre 1890).

Luxation habituelle de l'articulation crico-thyroïdienne, par H. Braun (*Berliner klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Tuberculose laryngée chez l'enfant, par Falkenheim (*Verein f. Wissensch. heilk. zu Königsberg*, 31 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Sur un cas de verruca dura laryngis, par Bergengrun (*Archiv. f. pathol. anat.*, n° 3, 1890).

Beitrag zur Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes. Contribution à l'anatomie et à la physiologie du larynx, par J. V. Beregszaszy (*Arch. f. gesammte Physiolog.*, p. 465, 1890).

Zur Klangfarbe der gesungenen Vocale. Du timbre des voyelles chantées, par H. Pipping (*Zeits. f. Biologie*, p. 1, 1890).

Le tubage du larynx et la trachéotomie dans le croup diphtéritique, par H. Widerhofer (In-8° de 30 pages, *Berlin*, 1890).

Laryngocèle médiane, par Madelung (*Archiv. f. klin. Chir. von Langenbeck*, fasc. 3, 1890).

Rapport sur 32 cas d'intubation du larynx pour croup, par Urban (*Deuts. Zeit. f. chir.*, t. XXXI, fasc. 1 et 2, 1890).

Sténoses trachéales, par M. Grossmann (*Wiener Klinik.*, h. 8, u. 4, 1890).

Un nouveau micromètre laryngien, par R. Wagner (*Berliner klin. Woch.*, 10 novembre 1890).

Todesfall nach Extirpation eines Kehlkopfpolypes. Cas de mort à la suite de l'extirpation d'un polype du larynx, par Grünwald (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1890).

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par A. Onodi (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre et novembre).

Jauchige Phlegmone des Kehldeckels-Tracheotomie (Heilung). Phlegmon infectieux de l'épiglotte. Trachéotomie (Guérison), par O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 13 novembre 1890).

Préparations microscopiques des muscles du larynx du cheval, par S.

Exner (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 7 novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 13 novembre 1890).

Thérapeutique locale de la phtisie laryngée, par J. Scheinmann (*Sect.* de laryng. du congrès de Berlin ; in *Berliner klin Woch.*, 24 novembre 1890).

Examen laryngoscopique et microscopique d'atrophies musculaires consécutives à la section du laryngé supérieur, par Exner (*Int. klin. Runds.*, 16 novembre 1890).

De la paralysie fonctionnelle du larynx, par O. Rosenbach (*Deuts. med. Woch.*, 18 novembre 1890).

Communication sur l'action observée jusqu'à présent de la méthode de Koch sur la tuberculose laryngée, par H. Krause (*Berlin. klin. Woch.*, 3 decembre 1890).

Sur l'action du remède de Koch dans les cas de tuberculose laryngée, par Hertel (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Quelques remarques préalables sur le traitement de la tuberculose laryngee par le remède de Koch, par Lublinski (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. La représentation photographique du larynx et de la cavité buccale, par R. Wagner (*Berl. klin. Woch.*, 8 et 10 décembre 1890).

Fall von Larynxtuberculose, rasche Heilung. Cas de tuberculose laryngée, guérison prompte, par Oppenheimer (*Deuts. med. Woch.*, 4 décembre 1890).

Présentation d'un larynx portant des ulcérations tuberculeuses, par Langerhans (*Soc. des méd. de la Charité*, 4 décembre ; in *Berl. klin. Woch.*, 10 décembre 1890).

Compte rendu de la section laryngologique du 10° congrès international de medecine de Berlin, du 4 au 9 août 1890, par A. Rosenberg (*Int. Centr. f. laryng. Rhinol., etc.*, n°s 4 et 5, 1890).

Fall von Dreitheilung der Trachea bei einem 16 Tage alten Knaben mit sonstigen Bildungsanomalien, darunter auch Mangel der Milz. Cas de partage en trois de la trachée chez un enfant de 16 jours, avec d'autres anomalies, entre autres l'absence de rate, par H. Chiari (*Verein Deuts. Aerzte in Prag.*, 31 octobre; in *Wiener klin. Woch.*, 11 décembre 1890).

Présentation de malades traités par la méthode de Koch pour des affections laryngées, par Lublinski et Grabower (*Soc. de laryng. de Berlin*, séance du 5 décembre ; in *Berl. klin. Woch.*, 15 décembre 1890).

Bisherige Erfahrungen über das Koch'sche Heilverfahren. Connaissances actuelles sur le traitement par la methode de Koch, par Schrœtter (*Wiener klin. Woch.*, 18 décembre 1890).

Tumeur sous la corde vocale gauche ; laryngotomie partielle amenant une périchondrite. Trachéotomie. Guérison, par A. Koehler et Landgraf (*Berl. klin. Woch.*, 22 décembre 1890).

Communication sur le traitement par la méthode de Koch, par H. Krause (*Deuts. Gesellsch. für offentliche Gesundheitspflege*, 8 décembre ; in *Berl. klin. Woch.*, 22 decembre 1890).

Rapport sur les quatre premiers cas de tuberculose laryngée, traités par la méthode de Koch à la clinique de Bergmann, par Grünwald (*Münch. med. Woch.*, 2 décembre 1890).

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Thost (*Deuts. med. Woch.*, 11 decembre 1890).

De l'emploi de la méthode de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel (*Berl. klin. Woch.*, 29 décembre 1890).

Tuberculose laryngée traitée par la méthode de Koch, par E. von Bergmann (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 30 décembre 1890).

I. Fall von chronischer diffuser Erkrankung der Augenbindehaüte der Schleimhaut der nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Trachea und der Mun-

dhöhle. Pemphigus. Un cas d'affection diffuse de la conjonctivite, de la muqueuse du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée et de la cavité buccale. Pemphigus. — II. Neubildungen im Kehlkopf. Néoplasies dans le larynx. — III. Zwei Fälle von Ankylose des crico-arytaenoid-gelenkes Versuch einer mechanischen Behandlung. Deux cas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. Essai d'un traitement mécanique, par Landgraf (*Berl. klin. Woch.*, 5 janvier 1891).

Laryngoskopische Beobachtungen zur Koch'schen Heilmethode. Remarques laryngoscopiques sur la méthode de Koch, par T. S. Flatau (*Berl. klin. Woch.*, 19 janvier 1891).

Démonstrations à propos de la méthode de Koch, par B. Fraenkel (*Berl. med. Gesell.*, 14 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 19 janvier 1891).

Ueber einen Fall von primären Carcinom der Trachea. Sur un cas de carcinome primitif de la trachée, par F. Pick (*Verein Deutscher Aerzte, Prag.*, 5 décembre 1890; in *Wiener klin. Woch.*, 22 janvier 1891).

Klinischer Atlas der Laryngologie. Atlas clinique de laryngologie et de rhinologie, avec une introduction sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du larynx, de la trachée, du nez et du naso-pharynx, par J. Schnitzler en collaboration avec Hajek et A. Schnitzler (1re partie, avec 32 illustrations, contenant 4 planches chromolithographiées et 24 gravures sur bois dans le texte. W. Braumüller, éditeur, *Vienne*. 1891).

Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfes. Observation clinique sur l'innervation et le mécanisme des muscles du larynx, par Neuman (*Berl. klin. Woch.*, 9 février 1891).

Erfahrungen über die Anwendung des Koch'schen Mittels bei kehlkopftuberculose. Communications sur l'emploi de la méthode de Koch dans la tuberculose du larynx, par J. Michael (*Deuts. med. Woch.*, n° 2, 1891).

Ueber die Indicationen der Intubation bei Diphtherie des Larynx. Sur les indications de l'intubation dans la diphterie du larynx, par Escherich (*Wiener klin. Woch.*, 12 et 19 février 1891).

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagnischen Taschen. Contribution à l'étude de l'étiologie, du diagnostic et de la thérapeutique du prolapsus de la muqueuse des ventricules de Morgagni, par Przedborski (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, janvier, février et mars 1891).

De l'action du cantharidate de potasse, par P. Heymann et B. Fraenkel (*Berl. med. Gesellsch.*; in *Berl. klin. Woch.*, 2 mars 1891).

Die Accumulatoren ein Dienste der Laryngologie. Les accumulateurs au service de la laryngologie, par W. Lamann (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, février et mars 1891).

Contribution à l'étude de l'action de la tuberculine, par J. Schnitzler (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien.*, 14 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 19 mars 1891).

Intubation du larynx, par Ranke (*Centralblatt f. Chir.*, 7 mars 1891).

Tuberculose du larynx, par E. Fraenkel (*Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1891).

Die O'Dwyersche Tubage bei der diphtherischen Larynxstenose. Le tubage de O'Dywer dans les sténoses diphtéritiques du larynx, par F. Schwalbe (*Berl. med. Gesells.*, 11 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 30 mars 1891).

Tuberculose laryngée guérie par les injections de Koch, par Lenzmann (*Deuts. med. Woch.*, 22 janvier 1891).

Canule trachéale gardée pendant vingt-sept ans, par Lewin (*Deuts. med. Zeit.*, 5 mars 1891).

Dégénération des muscles du larynx chez le cheval après la section du nerf laryngé supérieur et inférieur, par F. Pineles (*Arch. f. gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 17).

Etude anatomique sur la disposition des rameaux du pneumogastrique et du sympathique au niveau du larynx, par M. Alpiger (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.*, t. XL, fasc. 4).

De l'extirpation du larynx et du pharynx et de la création d'un nouveau pharynx au moyen d'un lambeau cutané, par K. Paulsen (*Centralblatt f. Chir.*, p. 15, 1891).

Intubation du larynx, par A. Baginski (*Berl. med. Gesells.*, 13 avril; in *Deuts. med. Zeit.*, 27 avril 1891).

Discussion sur les communications de MM. Schwalbe et Rosenbach sur l'intubation du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 15 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 11 mai 1891).

Affections laryngées consécutives à l'influenza, par Tschudi et Habart (*Wissensch. Verein der K. K. Militärärzte der Garnison in Wien.*, 14 février; in *Wiener klin. Woch.*, 28 mai 1891).

L'extirpation totale et partielle du larynx, par Lœb (*Dissert. Inaug. Bonn.*, 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch, par Moritz Schmidt (10ᵉ congrès de méd. int.; in *Deuts. med. Woch.*, nº 17, 1891).

VARIÉTÉ

UN JUGEMENT DE LA COUR DE CASSATION D'AUTRICHE CONTRE UN MÉDECIN.

Le 25 février 1890, un petit garçon lança un grain de caroube dans l'oreille de la servante de la maison. Voyant qu'on ne pouvait le faire sortir, on appela le médecin de la commune, le Dr B... Après avoir vainement tenté de l'extraire à l'aide d'une pince, le médecin envoya chercher sa trousse et introduisit le stylet dans l'oreille, afin de se renseigner sur le siège du corps étranger. Cela fait, il chauffa l'instrument et fit courber sa pointe en forme de cuiller, par un profane, fit tenir le malade par deux hommes et commença à opérer dans l'oreille avec son stylet modifié. La malade poussa des cris perçants et les deux hommes qui la tenaient entendirent tout à coup un bruit ressemblant à la rupture d'une corde métallique tendue. Le médecin avait rompu le tympan. Après cette manœuvre on essaya tout pour guérir la malade, mais les médecins appelés déclarèrent que l'art médical était impuissant dans ce cas. La malade mourut le 17 mars dans des douleurs atroces.

L'autopsie et un rapport de la Faculté d'Inspruck (Tyrol) décidèrent le parquet à poursuivre le Dr B... d'après l'article 356 de la loi (faute d'un médecin par ignorance). On l'accusa d'avoir pratiqué une opération irréfléchie et maladroite, d'avoir employé un instrument défectueux, fabriqué par un profane, enfin d'avoir montré une ignorance médicale qui avait causé mort d'homme. Le jugement défendait au Dr B... d'exercer sa profession avant d'avoir de nouveau subi ses examens de doctorat.

La cour de cassation confirma le verdict de la culpabilité, mais modifia la punition de la manière suivante : Le Dr B... a le droit d'exercer la médecine comme par le passé, mais s'il veut continuer à pratiquer la chirurgie, il doit subir de nouveaux

examens dans cette branche, car dans sa pratique médicale l'accusé ne s'est pas rendu coupable.

Il importe de citer encore un passage du rapport de la Faculté d'Inspruck. La Faculté blâme qu'il existe encore des médecins n'ayant aucune notion de l'otologie; que cette branche de la médecine ne soit pas obligatoire dans les examens et que les étudiants soient forcés de payer de fortes sommes pour suivre un cours spécial d'otologie. Étant donné cet état de choses, il n'est pas étonnant qu'il y ait des docteurs qui ne sachent pas enlever un corps étranger de l'oreille.

ERRATUM

Page 555 des *Annales*, ligne 9 en partant du bas, lire au lieu d'*otite suppurative*, *ostéite suppurative.*

NOUVELLES

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Grave vertigine uditiva per prodotti colesteatomatose della cassa. Guarigione (Vertige auriculaire grave provenant de produits cholestéatomateux de la caisse. Guérison, par A. Trifiletti. (Extrait de la *Riv. Clin. e Terap.*, Naples, 1891.)

Otite media bilaterale. Congestione meningo encefalica. Guarigione, par A. Trifiletti. (Extrait de la *Gazz. degli Ospitali,* n° 42, 1891.)

Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung für die körperliche die geistige und die sprachliche Entwickelung der Kinder (Du traitement de l'obstruction nasale au point de vue du développement du corps, de l'intelligence et de la parole chez les enfants, par M. Bresgen. (Tirage à part du *Monats. f. gesammte Sprachheilkunde*, juillet 1891.)

De l'angine de Ludwig-Leçon de F. Schiffers, recueillie par Duchesne. (*Gaz. méd. de Liège,* 6 août 1891.)

De la spécialisation dans l'enseignement médical. Des relations des études laryngologiques et otologiques avec la médecine et la chirurgie générales. Discours d'ouverture des cours de clinique laryngologique et otologique faits par F. SCHIFFERS. (Imp. A. Faust, Liège, 1891.)

Ueber Intubation des Larynx, par A. ROSENBERG. (Tirage à part de la *Berl. klin. Wochens.*, n° 25, 1891.)

Ein Ausguss vom pneumatischen Höhlen System der Nase (Epanchement provenant du système des cavités pneumatiques du nez), par F. SIEBENMANN. (Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

I. — Ueber eine der haüfigsten Ursachen progressiver Schwerhorigkeit (Sur une des causes les plus fréquentes de la surdité progressive).

II. — Vereiterndem Cholesteatom (Cholestéatome suppurent).

III. — Metallausgusse der Nase (Epanchement métallique du nez, par SIEBENMANN. (Tirage à part du *Correspond.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1891.)

Die Metallcorrosion (La corrosion métallique), par F. SIEBENMANN. (Tirage à part des *Archiv f. Ohrenh.*, 1891.)

L'éclairage par transparence dans dix cas d'empyème du sinus maxillaire, par W. SCHLEICHER. (Extrait des *Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 61.8.91.

Octobre 1891. — N° 10.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DU VOILE DU PALAIS DANS L'EFFORT

Par le Dr **COÜETOUX** (de Nantes).

Dans de précédents articles j'ai étudié le rôle du voile du palais au point de vue de l'odorat, et je crois avoir pu établir que le simple relèvement du voile suffit à modifier le tracé du courant d'air et à transformer l'inspiration ordinaire en inspiration olfactive par dispersion des particules aériennes sur les surfaces sensitives spéciales de la muqueuse nasale.

Je viens aujourd'hui attirer l'attention sur le rôle du voile dans le phénomène de l'effort. — Les études récentes du Dr Joal sur le développement spirométrique du thorax à la suite de l'ablation de tout obstacle à la respiration nasale, l'étiologie nasale imposée à beaucoup de hernies par le Dr Freudenthal, recevront, je pense, de ces quelques considérations un complément désiré ! C'est qu'en effet, au premier abord, il semble assez étrange que la poitrine se développe beaucoup plus rapidement du fait de la liberté du nez, alors que l'orifice buccal permet une entrée et une sortie de l'air plus large. D'un autre côté les statistiques du Dr Freudenthal semblent avoir plus surpris que convaincu. La théorie que je viens proposer expliquerait toutes les assertions émises au sujet des hernies, et particulièrement leur moindre fréquence chez la femme.

Pour ne pas ergoter sur les mots, j'appellerai effort tout travail musculaire exigeant une fixation plus ou moins com-

plète des parois thoraciques, le travail des membres supérieurs se trouve tout particulièrement dans ce cas (Le Dentu). Puisque les hernies sont en grande partie produites par l'effort (au moins en tant que cause immédiate), provoquant l'abaissement du diaphragme et le refoulement des viscères abdominaux, nous serons plus au courant de leur étiologie si nous notons avec soin les modifications produites par l'obstruction nasale sur le mécanisme qui impose au thorax la fixité nécessaire. Cette fixité est généralement obtenue par le gonflement des poumons, par l'air grâce à un arrêt plus ou moins complet de ce fluide au niveau des voies supérieures. Dans certains cas elle ne me paraît obtenue que par l'action des muscles abdominaux fixés aux côtes inférieures. Ces deux modes doivent être étudiés séparément.

Premier mode. — Suivant M. Le Dentu (Dictionnaire de Dechambre), Bourdon et Cloquet ont les premiers établi la fermeture de la glotte pendant l'effort et constaté de plus l'ascension du larynx. Pour Krishaber, toute la partie supérieure du larynx se transforme pendant l'effort en un sphincter supérieur. On voit nettement la muqueuse des cartilages arythénoïdes se plisser, la base de l'épiglotte se porter en arrière et les replis thyro-arythénoïdiens ou cordes vocales supérieures se rapprocher jusqu'au contact.

Ce phénomène de l'occlusion est nécessaire à ce que Le Dentu appelle proprement l'effort. — Il est essentiellement favorable à la production des hernies, par refoulement maximum des viscères abdominaux.

Sans doute, dit Le Dentu, on doit noter un effort thoracique avec continuation de la respiration malgré la fixation du thorax. Il n'a guère lieu que dans des conditions spéciales, créées par un obstacle absolu à la fermeture des voies aériennes (fistules trachéales), ou par la nécessité de ménager l'écoulement de l'air (chant), ou par l'habitude qui apprend à faire de violents efforts sans arrêter la respiration.

Je pense qu'on voudra bien m'accorder que c'est au contraire l'effort ordinaire, avec obstruction incomplète de la glotte et fixité relative des parois thoraciques, qui est de beaucoup le plus fréquent. C'est celui que je pratique quand je

monte un escalier, quand je monte une côte sur un vélocipède, quand je fais remonter un canot au moyen d'une amarre contre le courant. Le Dentu lui-même nous cite le bœuf comme incapable d'occlure complètement la glotte; nous savons tous que c'est dans l'effort continu et non dans l'effort violent (dans ce que Le Dentu appelle proprement l'effort) que cet animal trouve l'utilisation la plus profitable de ses puissants muscles (halage).

J'ai pu remarquer sur moi-même, en m'adonnant à des exercices violents et prolongés, alors qu'il y avait obstruction de cavités nasales, par hypertrophie d'un cornet moyen, obstacle qui a été récemment énucléé, combien le mode de l'effort diffère avant ou après le passage libre des cavités naso-pharyngiennes. Et l'observation m'a été d'autant plus fructueuse que j'étais atteint des inconvénients que Freudenthal attribue à l'obstruction nasale.

Quand le nez est obstrué, la respiration s'accentue, les lèvres font de temps en temps obstacle à la sortie de l'air, pour fixer le thorax, ou bien encore la langue se relève vers le palais; mais au bout de quelques expirations sur ce mode, la muqueuse de la bouche, des lèvres, de la langue se dessèche, l'air arrive directement pendant l'inspiration buccale vers le pharynx et y cause un sentiment de sécheresse plus ou moins douloureux; une seule ressource subsiste bientôt : il faut respirer rapidement, l'expiration ne pouvant plus être continue, et de temps en temps fermer la glotte, faire proprement effort (Le Dentu).

Si la cavité nasale est rétablie, tout change. Le nez aspire l'air qui arrive au pharynx et au larynx sans provoquer une sensation pénible. Pendant l'expiration, la langue appliquée sous le voile le soulève doucement, en le soutenant de toute sa masse: l'inspiration est ralentie de la sorte et le thorax soutenu sans être fixé complètement, et l'hématose se fait mieux par contact plus intime de l'air avec le poumon. — Pendant ce temps l'hyoïde s'est relevé vers la base de la langue, et si l'effort arrive à s'accentuer par trop, l'occlusion de la glotte avec modification de toute la région laryngienne se produit. Cette modification, nous l'avons vu, a été indiquée

par Krishaber, mais il a omis de noter l'occlusion incomplète produite par la langue soulevant le voile du palais. Or en quoi consiste cette habitude dont parle Le Dentu, qui nous conduit à faire de violents efforts sans arrêter la respiration? Elle consiste dans l'usage bien conduit du voile du palais. Voilà à quoi l'on dresse les jeunes recrues, en les invitant à respirer par le nez. Les caporaux se montrent ici d'excellents physiologistes.

Ainsi la liberté nasale permet l'action semi-obturatrice du voile, règle la respiration en augmentant la durée de l'expiration, et donne un point d'appui, par l'air contenu, à toute la cage thoracique. Elle permet le demi-effort, c'est-à-dire l'effort par le voile, l'effort continu, à la place de l'effort violent, par obstruction de la glotte, lequel est blessant pour les viscères et en cause facilement la hernie. — De plus elle agit au point du vue spirométrique en dilatant d'une façon continue les parois thoraciques, et ainsi s'expliqueraient les observations du Dr Joal.

Sans doute l'air est doué d'une grande rapidité lors de son passage en arrière du voile plus ou moins soulevé ; c'est peut-être à cette action desséchante de l'air sur la région qu'est due l'extrême développement de la muqueuse et de ses glandes, développement dont l'hypertrophie constitue les végétations adénoïdes, et il faut aussi noter cette adaptation des organes qui fait que, pour refouler le voile, la langue se porte en haut, l'hyoïde s'élève, tous les muscles de la région pharyngo-laryngienne sont ainsi prêts à faire tassement pour le moment où l'occlusion glottique mettra toute l'action musculaire au maximum de puissance par immobilisation complète du thorax. Les cordes vocales supérieures donnent pendant ce phénomène un appui aux cordes vocales inférieures.

Deuxième mode. — Les modifications dues à l'obstruction nasale ne se limitent pas à la fatigue, à la gêne respiratoire. J'ai été frappé sur moi-même de la voussure que prenait la partie supérieure de la colonne vertébrale, après un certain temps de respiration uniquement buccale avec effort continu et modéré. Je ne puis m'expliquer ces faits que de la façon suivante :

La bouche, devenue bientôt impuissante, grâce à l'assèchement et à la gêne consécutive, ainsi qu'à la non-adaptation de l'organe à cet usage, peut être suppléée par l'occlusion glottique pendant quelque temps. Mais dans l'effort continu il est inutile d'insister sur le fait que la respiration est trop active, trop fréquente pour que cette ressource subsiste longtemps. Et pourtant il faut bien que le thorax reçoive un certain degré de fixation, que l'effort se fasse avec les bras ou avec les jambes : monter un escalier, aller en vélocipède, etc. Dans ce cas, il me paraît que la voussure est due au besoin de fixer le thorax, non plus par ses muscles supérieurs, mais par les muscles abdominaux et appui sur les viscères refoulés : alors on constate que le ventre est tendu; le diaphragme à demi contracté ne permet que des aspirations incomplètes, ce qui diminue la mobilité du thorax et refoule les viscères qui donnent un point d'appui aux muscles abdominaux pour que ceux-ci fixent le thorax. Et voyez combien cette vilaine position devient une habitude : tous les spécialistes ont remarqué que l'ablation des végétations adénoïdes redressait la colonne vertébrale de beaucoup d'enfants, ce qui concorde avec les mesures spirométriques de Joal et s'explique par les deux raisons que j'ai dites. — Combien cette attitude, surtout quand on en recherche la cause, devient favorable à la production des hernies, puisque son but est non seulement le refoulement des viscères, mais encore leur appui même sur les parois abdominales.

Ainsi s'explique la statistique du D[r] Freudenthal, et il faut s'entendre quand il nous dit que l'obstacle nasal favorise plus encore la hernie que l'effort. La femme nous semble moins souvent sujette aux hernies (ce que nous croyons absolument conforme à l'observation) pour cette raison toute simple que ses efforts sont très modérés, et il est rarement utile qu'elle les pousse jusqu'à l'obstruction de la glotte, même quand le nez n'est pas libre. Il lui suffit ordinairement d'accélérer sa respiration. Elle n'en souffre pas moins au point de vue du développement spirométrique, et la voussure doit l'atteindre aussi bien souvent; je n'ai jamais observé dans quelle proportion.

Ces considérations augmenteront peut-être l'importance que l'on attache déjà à l'obstruction nasale, particulièrement par suite de végétations adénoïdes. Des médecins richement dotés par la nature de verve satirique ont critiqué avec beaucoup d'esprit l'importance attribuée à l'intégrité des fonctions nasales. Peut-être auraient-ils exercé ailleurs leur causticité si, au lieu de regarder l'obstacle autour duquel on a fait tant de bruit et qui est par lui-même à peine une lésion, ils avaient considéré que cette lésion insignifiante ne va à rien moins qu'à modifier et altérer profondément l'une de nos plus importantes fonctions, la respiration; à changer toutes les transformations que subit l'organisme dans son adaptation à l'exercice musculaire, si nécessaire au développement de l'enfant. Si maintenant on me reproche d'avoir émis les précédentes assertions sans les établir sur des bases scientifiques, je répondrai que sur ces questions nous manquons même d'hypothèses plausibles et que l'observation modifiée par l'expérience (ici l'exercice musculaire) est un procédé scientifique dont la pathologie confirme les conclusions.

Lorsque l'attention se portera sur ces études, nous pensons que les procédés photographiques, qui s'y appliqueront sans doute utilement, confirmeront quelques-unes de nos conclusions.

II

NOUVELLE PINCE LARYNGIENNE ANTÉRO-POSTÉRIEURE A FENTE MÉDIANE

OBSERVATION DE POLYPE LARYNGIEN ENLEVÉ A L'AIDE DE CETTE PINCE (1)

Par le Dr Ferdinand **SUAREZ DE MENDOZA** (d'Angers).

La pince laryngienne est d'origine relativement récente. Elle suivit de près l'apparition de l'utile instrument qui permit d'explorer *de visu* l'appareil vocal de l'homme : j'ai

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie dans la séance du 5 mai 1891.

nommé le laryngoscope, inventé par le professeur Jean Czermak (de Pesth) dans l'hiver de 1857-1858.

Avant cette époque, les polypes du larynx n'avaient guère été constatés que dans quelques rares autopsies et n'étaient, pour ainsi dire, pas encore officiellement reconnus en médecine ; aussi n'était-il point question de les arracher. Il va sans dire que, pour n'avoir pas encore d'état civil médical, ces tumeurs n'en existaient pas moins, ou plutôt ne s'en portaient que mieux : c'était le bon temps.

Mais vint le laryngoscope, et, sitôt qu'avec son miroir scrutateur il eut mis à découvert ces excroissances cachées, on s'occupa de les détruire par tous les moyens possibles : qui par les cautérisations, thermiques, chimiques, galvaniques; qui par les couteaux ou les guillotines, qui par les polypotomes, écraseurs ou serre-nœuds; qui par les pinces. Nous allons passer en revue ces derniers instruments, en nous restreignant toutefois aux pinces qui servent à l'arrachement, sans rien dire de celles qui ont pour objet le raclage des cordes vocales.

Les pinces laryngiennes peuvent se diviser en trois types principaux : A) les pinces à branches latérales, ou simplement à mors latéraux ; B) les pinces antéro-postérieures ; C) les pinces tubulaires.

A) Les pinces latérales ont été, semble-t-il, les premières employées. Dans ce groupe, nous trouvons celles de Fauvel, de Mackenzie, de Tobold et de Mathieu. La première est fabriquée d'après une courbure spéciale, que chacun de nous connaît, plus prononcée que celle de la seconde; toutes deux, abstraction faite de l'arc de courbure, sont repliées à angle droit; tandis que la pince de Tobold, très ouverte, fait un angle d'environ 135 degrés. Quant à la pince latérale de Mathieu, elle est formée de deux branches glissant l'une sur l'autre ; un système d'articulation, basé sur le parallélogramme, transforme, tout près des mors, ce mouvement propulseur en mouvement latéral ; comme angle, ce modèle est un peu plus ouvert que celui de Fauvel.

La pince latérale présente l'avantage de laisser accessible à la vue le champ opératoire et la tumeur à saisir ; elle per-

met en outre de déployer une assez grande force. Mais, en raison de la direction latérale de son jeu, il n'est pas toujours possible de l'employer, du moins facilement, comme lorsque, par exemple, la tumeur est implantée sur le bord ou au-dessous des cordes vocales; dans ce cas, le mouvement antéro-postérieur est plus favorable.

B) Comme les précédentes, la plupart des pinces antéro-postérieures permettent aussi de déployer beaucoup de force; en outre, la direction de leurs mors se prête généralement mieux à la préhension de la tumeur, quel que soit son plan d'implantation. Mais cet avantage est balancé par un grand inconvénient, ce genre de pinces masquant à l'œil du chirurgien le néoplasme et le champ opératoire; ce reproche peut du moins s'adresser à toutes celles qu'on a inventées jusqu'à ce jour. C'est à ce défaut que nous avons remédié dans la construction de notre instrument.

Les modèles de pinces antéro-postérieures sont plus nombreux que ceux de pinces latérales, ce qui semblerait témoigner en leur faveur. Il y a ceux de Fauvel, de Mackenzie, de Cusco, de Mathieu, de Mandl, de Krishaber, de Gouguenheim, de Stœrk, de Fraenkel, de Ruault, d'Aubry, de Luër, de Durham, de Jurasz, de Jurasz et Gottstein, de Scheinmann, et d'autres encore, sans aucun doute. La plupart forment un angle légèrement supérieur à 90 degrés.

Parmi ces pinces, les unes sont à articulation unique et à branches d'une seule pièce; d'autres, à articulation triple, comportant ou non une sorte de petite biellette; une troisième variété, à courbure spéciale, très légère mais moins forte, est constituée par deux branches glissant l'une sur l'autre. Le système d'articulations multiples a l'inconvénient de diminuer la force des pinces, et surtout de produire un mouvement inégal et de même sens des mors, ce qui nuit à la précision du mouvement; tandis qu'avec l'articulation simple, les branches étant chacune d'une seule pièce, l'instrument est plus solide et mieux équilibré, le mouvement plus sûr; en outre, les deux mors convergent l'un vers l'autre, et d'un mouvement égal, ce qui rend bien plus facile la préhension de la tumeur.

C) Les pinces tubulaires sont surtout en faveur en Allemagne et en Autriche, et les modèles en sont assez nombreux. Je citerai ceux de Türk, de Bruns, de Fauvel, de Mathieu, de Stœrk, de Schrœtter, de Mackenzie, de Tobold, de Krause, de Krause-Tornwaldt, de Bœker, de Gottstein, etc. Elles ont l'avantage de pouvoir agir non seulement dans les deux sens, latéral et antéro-postérieur, mais encore dans tous les sens intermédiaires, au gré de l'opérateur. Mais elles développent, en général, moins de force, et certaines même ne peuvent, pour cette raison, donner de bons résultats. Remarquons encore que le fil glissant dans la canule finit par s'oxyder et peut se rompre pendant les efforts de traction : d'où, pour certains instruments du moins, la chute des mors dans la trachée et accidents consécutifs.

Dans la plupart de ces pinces, c'est le tube formant gaine qui est mobile ; dans quelques autres, comme dans les instruments de Stœrk et de Schrœtter, la canule est fixe, tandis que les mors se meuvent, mais, en se refermant, s'éloignent de la tumeur. C'est là un défaut notoire, ajoutant à l'opération une difficulté de plus, que l'on parvient toutefois à vaincre par l'habitude.

Pour ma part, préférant, entre ces divers genres d'instruments, les pinces antéro-postérieures, je m'en sers depuis longtemps dans presque tous les cas de polypes laryngiens.

Cependant, les modèles existants ne répondaient pas bien à mes desiderata, et je ne m'en servais que faute de mieux, me réservant de les perfectionner si possible.

Déjà, en mai 1888, ayant à enlever un petit polype implanté au milieu et sur le bord inférieur de la corde vocale droite, et l'instrument pinçant la corde gauche, j'eus l'idée d'en limer les bords correspondants, ce qui me permit d'enlever la tumeur sans craindre de blesser la corde saine, ainsi qu'on le verra par les détails de l'observation rapportée plus loin à titre de document.

Cette petite modification, qui nécessite l'emplette de deux modèles, un pour la droite, un pour la gauche, était un premier progrès dans cet ordre de recherches. Restait à

corriger le plus grand défaut de la pince antéro-postérieure, ce que j'appellerai « l'occultation » du champ opératoire. Jusque-là, dans ma pratique, j'avais pallié l'inconvénient en inclinant la pince à droite ou à gauche, suivant le cas, de manière à ménager, dans l'angle des mors entr'ouverts, un accès à la vision. Mais cela laissait beaucoup à désirer, et je cherchai à faire mieux.

Ce que je rêvais de créer, c'était un modèle antéro-postérieur qui n'eût pas, comme tous ceux du même groupe, le grave défaut de masquer le champ opératoire juste au moment précis où il importe le plus de le bien voir.

Quoique le problème semblât, de prime abord, impossible à résoudre, je me mis résolument à l'œuvre, pendant mes moments de loisir. Après divers projets successivement rejetés, je m'arrêtai enfin à celui d'une pince dont les branches et les mors présenteraient une longue fente médiane antéro-postérieure.

Mais la mise à exécution de cette idée n'était pas chose facile et ne pouvait être confiée au premier venu. Heureusement, le hasard, bon prince parfois, me servit à souhait en cette circonstance. En effet, ayant tout dernièrement à opérer une tumeur laryngienne chez un jeune homme, et les diverses pinces essayées ne me donnant pas entière satisfaction, je laissai échapper quelques mots de mon projet d'instrument ; or il se trouva que mon jeune client était un intelligent et habile ouvrier mécanicien. Je lui exposai mon plan, qu'il saisit très bien, et lui en confiai l'exécution.

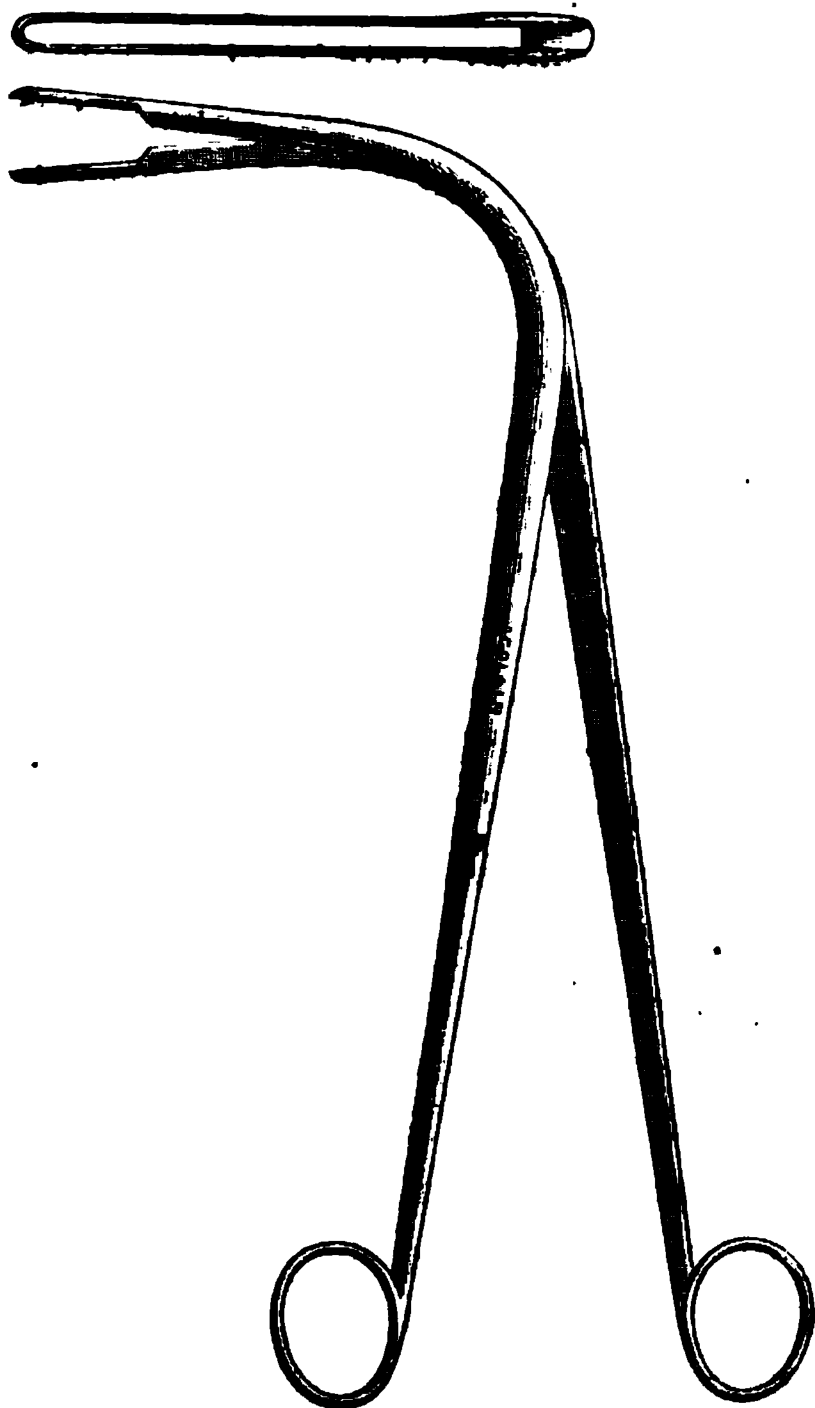
Je dois vous dire que l'instrument ne fut pas réussi du premier coup. Ce ne fut qu'au bout de trois essais consécutifs que je pus obtenir une pince réalisant bien mes desiderata. En effet, un premier modèle, fendu aussi dans le sens antéro-postérieur, mais seulement sur une longueur de 3 centimètres à partir de l'extrémité coupante, ne répondant pas à mon espoir, j'en fis faire un second, fendu sur une longueur de 8 centimètres, soit jusqu'à la moitié de l'arc de courbure ; ce modèle laissant encore à désirer, j'en fis fabriquer un troisième, fendu de 4 centimètres de plus, soit jusqu'à l'extrémité opposée de l'arc, c'est-à-dire jusqu'au

raccord de cette courbe avec la portion droite extra-buccale.

C'est ce dernier modèle que j'ai l'honneur de vous soumettre. Avant de vous le présenter, j'ai tenu à savoir, avec la plus grande certitude possible, s'il n'existait pas déjà quelque modèle construit sur le même principe. Les recherches auxquelles je me suis livré dans ce but, et qui m'ont amené à passer en revue les principaux modèles de pinces laryngiennes, me permettent de répondre à cette question par la négative.

Voici la description de mon instrument :

C'est une pince antéro-postérieure et à fente médiane de



même sens : tel est le principe sur lequel repose sa construction, et qui la distingue des pinces du même groupe.

Cette fente caractéristique, large de 3 millimètres, se continue sur une longueur de 12 centimètres 1/2, depuis l'extrémité des mors jusqu'à la limite externe de l'arc de courbure, ce qui permet à l'œil du chirurgien l'accès du champ opératoire à tous les temps de l'opération. L'instrument réunit donc à la fois les avantages de la pince latérale et ceux de la pince antéro-postérieure.

Le modèle que vous avez sous les yeux et que je soumets à votre appréciation est formé de deux branches courbées sous un angle d'environ 87 degrés, articulées en deux points, à 7 et 3 centimètres de côté et d'autre du milieu de la courbe, et dont l'une est engagée dans l'autre sur la moitié de sa longueur.

La branche enveloppante, faite d'une seule pièce, est fendue sur une longueur de 18 centimètres 1/2, soit depuis l'extrémité laryngienne jusqu'à 1 centimètre 1/2 au delà du principal point d'articulation, situé dans la portion extra-buccale.

La branche enveloppée, légèrement coudée en ce point, est formée de deux pièces articulées entre elles, 4 centimètres plus loin vers la courbe, à l'aide d'un rivet-curseur glissant dans une rainure et faisant en quelque sorte biellette. C'est à partir et près de cette articulation interne que la partie pharyngo-laryngienne de cette branche est fendue, et ce sur une longueur de 12 centimètres 1/2. Ainsi assemblées, les deux parties de la branche s'engagent dans la première et sont articulées avec elle en deux points, comme nous l'avons dit.

L'articulation principale et extra-buccale est faite d'une vis pleine et n'a rien de particulier. Mais il n'en est pas de même de la seconde, située dans la partie pharyngo-laryngienne de l'instrument. Comme une vis traversière aurait gêné la vue, on a tourné la difficulté en articulant séparément les parois correspondantes et en contact des deux branches fenestrées.

Mettant à profit l'amélioration que j'avais apportée, dès 1888, au fonctionnement des mors, j'ai fait faire deux exemplaires de mon modèle: un pour la droite et un pour la gauche.

Telle est ma pince laryngienne à fente médiane antéro-postérieure. Le modèle à triple articulation est un peu compliqué, et j'ai pensé qu'il gagnerait à être simplifié dans ses détails. Je viens précisément d'en faire faire un nouveau, toujours sur le même principe, mais à articulation unique au milieu de l'arc de courbure, à branches rentrantes d'une seule pièce chacune et plus largement fendues.

Ce nouveau modèle, qui n'a été prêt qu'au dernier moment, et que par conséquent je n'ai pu encore mettre à l'épreuve pratique, présente, outre l'avantage d'une plus grande simplicité, celui d'être plus solide, mieux équilibré et plus favorable à la vision ; enfin, il a encore celui d'entraîner un mouvement égal et convergent des mors. En résumé, force et précision, facilité de vision et de préhension plus grandes encore, telles sont les qualités de cette nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure, qui pourra rendre à la chirurgie du larynx de très utiles services.

OBSERVATIONS

I. — Voici d'abord, à titre de document, le cas relatif à ma première modification de la pince laryngienne.

M. l'abbé Fronteau, curé de Champtoceau (Maine-et-Loire), vient à ma consultation le 31 mai 1888. Il me raconte que depuis un an il est atteint d'un enrouement, lequel, intermittent d'abord, a fini par devenir permanent et assez fort pour le gêner dans l'exercice de ses fonctions.

Le malade jouit d'une bonne santé habituelle et n'est sujet ni aux rhumes ni aux bronchites; ses antécédents héréditaires et personnels n'accusent rien qui soit digne d'être signalé. Les divers traitements qu'il a suivis depuis un an pour son mal de gorge n'ont amené aucune amélioration.

A l'examen laryngoscopique, très mal supporté, je constate la présence, sur la corde vocale droite, d'un petit polype qui n'est visible que par instants, à cause de l'excessive sensibilité de la gorge, persistant même après l'emploi de la cocaïne. Je conseille l'usage de gargarismes bromurés, et dans des séances multipliées j'habitue peu à peu le malade au contact des instruments.

Au bout de huit séances, il est suffisamment préparé. Je peux remarquer alors que le polype, qui est gros comme un grain de mil, est implanté au milieu et sur le bord inférieur de la corde vocale, de telle sorte que, pendant la phonation, il est presque invisible.

J'essaye d'en faire l'ablation avec la pince antéro-postérieure de Mathieu. Mais toujours il échappe à la préhension, tandis que la corde vocale gauche est pincée entre les mors de l'instrument. Ce que voyant, j'en ai limé les bords gauches pour pouvoir agir entre les cordes vocales au moment de l'adduction, sans craindre de blesser la corde saine.

Le lendemain, 29 juin 1888, après cocaïnisation, j'y introduis la pince fermée ; lorsqu'elle est au niveau de la glotte, je l'ouvre en l'appliquant contre la commissure antérieure et la corde droite : la glotte se contracte, je ferme la pince et le polype est prestement arraché.

Immédiatement après l'opération, la voix redevient claire, et le malade part très satisfait, après m'avoir fait entendre par deux fois, à titre d'essai, des vocalises qu'il émet d'une voix pleine, vibrante et pure.

II et III. — Depuis sa création, le modèle que vous avez sous les yeux m'a servi dans deux cas : d'abord pour enlever la tumeur à large implantation que portait mon jeune et aimable fabricant sur la corde vocale gauche, et une seconde fois chez un autre client, pour l'ablation d'un polype situé au-dessus des cordes vocales et dont le tiers supérieur seul était visible au moment de la phonation.

Voici cette dernière observation, dont je vous fais passer le corps du délit.

M. X..., âgé de 34 ans, au service de Mme la baronne de X..., me fut envoyé le 27 novembre 1890 par sa maîtresse, qui me priait d'examiner le larynx du malade, car depuis trois ans il était toujours enroué, et dernièrement était devenu presque aphone, ce qui faisait craindre à cette dame une affection tuberculeuse, dont elle redoutait la contagion pour son enfant.

Dès l'entrée du suspect tuberculeux dans mon cabinet, sa superbe apparence de santé ne me sembla guère d'accord avec les craintes exprimées par sa maîtresse. Un examen général me confirma dans ma première impression, et l'examen laryngo-

copique vint finalement la corroborer : le malade était atteint d'aphonie symptomatique d'un polype.

La tumeur, grosse comme un petit pois, était située au niveau de la face inférieure de la corde vocale gauche. Comprimée, pendant la phonation, entre les deux cordes vocales, qui cherchaient en vain à se juxtaposer, elle ne laissait voir qu'un petit segment de sa surface.

A plusieurs reprises, je tentai, après cocaïnisation, l'arrachement de la tumeur, et dans ce but je pris, quittai, repris successivement la pince latérale de Fauvel, les pinces antéro-postérieures de Cusco, de Ruault, de Mathieu. Ces tentatives n'eurent aucun succès : avec telle pince, l'opération échouait par défaut d'adaptation de l'instrument; avec les autres, par défaut de précision dans le mouvement, puisque au dernier moment, lorsque, après avoir bien vu le polype, j'arrivais sur lui pour le saisir, l'épaisseur de l'instrument me cachait le champ opératoire; et à vouloir finir quand même l'opération, il eût fallu faire l'excision à l'aveuglette.

C'est alors que j'eus recours à ma pince fenestrée, qui me permit enfin de saisir le polype et d'en faire l'ablation. Avec elle, ayant le libre accès du champ opératoire, j'étais sûr de mon mouvement, sûr enfin de la préhension et de la section du polype, puisque à l'instant même je le voyais niché dans la cavité des cuillères tranchantes.

Inutile d'ajouter qu'immédiatement après l'opération la voix de mon client, quoique légèrement voilée encore, reprenait son timbre normal; que huit jours après elle était absolument pure, et, finalement, que depuis ce temps toute trace d'enrouement a disparu.

III

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES STÉNOSES NASALES

Par le Dr C. ASTIER (1).

Les sténoses nasales continuent à être d'autant plus à l'ordre du jour qu'on leur attribue une influence sans cesse

(1) Travail envoyé au mois d'août 1891.

croissante sur des phénomènes éloignés : pharyngites, laryngites, asthme, œsophagisme, etc. Rien de plus naturel dès lors qu'on recherche des traitements de plus en plus rapides et de plus en plus radicaux à leur opposer.

Depuis deux ou trois ans, ces traitements ont été nombreux. Après avoir essayé la plupart d'entre eux, nous en étions restés pendant longtemps à l'usage de la gouge, quand, il y a dix mois, la pensée nous vint de nous servir d'une méthode qui l'emporte sur tous les autres instruments par la rapidité et la sûreté avec lesquelles elle permet d'agir.

J'en fais maintenant un usage journalier, et tous les jours je m'en loue davantage.

Cette méthode consiste, d'une façon générale, dans l'emploi d'une fraise mise en mouvement par un tour lui imprimant une rotation très rapide.

La partie intéressante de l'appareil est la fraise, à l'aide de laquelle on attaque le cornet ou la crête qu'on veut enlever. Elle est constituée par un tambour haut de 15 millimètres; le bord libre de ce tambour est en dents de scie; l'autre bord se continue par une tige de 9 centimètres qui vient s'adapter à l'extrémité du ressort en boudin d'un tour, dans le genre de celui dont se servent les dentistes, dit tour à dents.

Au début, deux larges yeux étaient percés de chaque côté du tambour pour laisser échapper les débris osseux ou cartilagineux à mesure qu'ils pénétraient dans la fraise : c'était insuffisant, l'appareil s'engorgeait trop rapidement; je fis alors supporter le tambour par deux branches de 12 à 15 millimètres, sorte de fourche venant rejoindre la tige. De la sorte, lorsque le bord tranchant de la fraise entre dans la crête ou le bord du cornet, les parties détachées trouvent une issue facile à travers le tambour, qui peut pénétrer dans toute la longueur de la fosse nasale.

Donc, voici l'appareil constitué : une fraise animée d'un mouvement rapide de rotation, fixée à l'extrémité d'un ressort à boudin, si facile à manier dans tous les sens, d'un tour à dents.

La manière d'opérer est simple. Après avoir bien nettoyé

les fosses nasales à l'aide d'une copieuse injection d'eau boriquée, on place le spéculum de façon à bien découvrir la crête qu'on veut enlever. On fait un badigeonnage de cocaïne. Le tour étant alors mis en marche, on prend comme une plume à écrire la pièce à main dans laquelle est insérée la fraise en mouvement qu'on applique sur l'extrémité antérieure de la crête. On pousse l'instrument d'avant en arrière tant qu'on sent de la résistance. Bien entendu, il y a quelques précautions à prendre pour ne pas pénétrer dans la fosse nasale voisine ou dans le pharynx.

Le ressort du tour à dents est si maniable qu'on peut, avec ces fraises, suivre les courbes des crêtes de la cloison, enlever ce qu'on veut d'un cornet : on peut, en quelque sorte, sculpter à volonté les parties hypertrophiées.

L'action de la fraise est très rapide : l'opération dure à peine quelques secondes. Dès qu'on retire l'instrument, du sang s'échappe de la fosse nasale en assez grande abondance, quelquefois très peu, ordinairement pas mal. Un solide tampon d'ouate boriquée, fortement poussé dans la fosse nasale à l'aide d'un stylet et laissé en place un moment, arrête cette hémorrhagie. Lorsqu'on a retiré le tampon d'ouate, on bourre la narine avec de la gaze salolée ou salicylée. Il faut renouveler le pansement et faire pratiquer des injections désinfectantes tous les jours.

J'ai fait faire des fraises de diamètres différents de 4 à 9 millimètres. Celle qui me paraît la plus commode, c'est-à-dire qui répond au plus grand nombre d'indications, mesure 6 millimètres; celle dont je me sers le plus souvent pour les crêtes de la cloison a 5 millimètres; pour les cornets, un diamètre un peu plus grand est préférable, car il faut toujours agir largement : j'ai même fait usage d'une fraise de 1 centimètre de diamètre pour créer une cavité dans une narine absolument obstruée par hypertrophie des cornets, crêtes de la cloison, adhérences des parois, etc.

Depuis dix mois que j'emploie cette méthode, j'ai fait plus de deux cents opérations sans avoir jamais eu l'occasion d'observer aucun accident. Une seule fois j'ai eu une hémorrhagie qui s'est renouvelée à plusieurs reprises pendant une

semaine. J'ai su le lendemain de l'opération que le malade était un hémophilique avéré, et j'avais eu le tort de ne pas m'enquérir à temps de ses antécédents. Du reste, ces épistaxis n'ont eu aucune suite.

Assez souvent, au moment de l'enlèvement d'une crête de la base de la cloison, les malades accusent une douleur aiguë dans les incisives : ce n'est que momentané.

Comme réaction inflammatoire, je n'en ai jamais observé la moindre trace. Les lavages et pansements antiseptiques mettent à l'abri de tout accident de cette nature.

Modification rapide d'une affection qui demande souvent des mois de soins assidus, grande célérité d'exécution, tels sont les avantages de cette nouvelle méthode de traitement des sténoses nasales.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

COMPTE RENDU PAR LE Dr A. KRAKAUER

Séance du 17 juillet 1891.

Présidence de M. B. FRAENKEL.

M. DEMME. — *Sur l'ozène.* — A l'exemple de Fraenkel, l'auteur sépare l'ozène de la rhinite atrophique simple, et considère seulement l'odeur comme caractéristique du processus de l'ozène, car il ne lui est jamais arrivé de voir la transformation d'une rhinite atrophique simple en ozène fétide même dans les cas où, à dessein, il n'institua aucune thérapeutique. Il a observé fréquemment la transformation des hypertrophies de la muqueuse nasale en atrophies, de sorte qu'il regarde la rhinite hypertrophique et la rhinite atrophique comme des stades différents du même processus. Ses recherches cliniques et anatomiques reposent sur plus de 200 cas.

En ce qui concerne l'étiologie de l'ozène, Demme n'adopte pas la théorie émise par Berliner au Xe congrès international,

d'après laquelle l'hypertrophie toujours existante du cornet moyen cause l'atrophie par la compression des vaisseaux, parce que, comme Kayser l'a fait remarquer, la plupart du temps les gros polypes devaient produire le même effet, ce que contredit l'expérience clinique. L'hypertrophie du cornet moyen se rencontre du reste exceptionnellement aussi bien dans la rhinite atrophique simple que dans l'ozène. Enfin, il semble que la pression du côté opposé détermine plus facilement une atrophie du cornet hypertrophié qu'ailleurs sur la muqueuse.

Demme croit que l'odeur doit être attribuée à l'influence de bactéries qui amènent la décomposition des sécrétions stagnantes, mais que les bactéries ne sont pas la cause, mais l'accident. Il attribue la cause à la conformation de la cavité nasale.

Rosenfeld a présenté au Xe congrès international la généalogie de toute une famille d'ozéneux, et il a conclu que souvent l'ozène était congénital. Depuis, Demme, quand c'était possible, a examiné tous les membres des familles de ses malades, et il a observé chez les ozéneux la conformation caractéristique, qui consiste en un dos du nez large et ensellé, tandis que les membres sains de la famille ne présentaient pas cet aspect. Il ne croit pas, d'après ceci, que l'ozène soit congénital, mais qu'il est certainement une disposition mécanique. L'examen microscopique de parcelles de muqueuses extraites du cornet inférieur donna pour l'ozène les mêmes résultats que pour la rhinite atrophique simple. Demme n'a pas observé le manque presque complet des glandes (Seifert). Il considère le pronostic comme moins mauvais que la plupart des auteurs antérieurs. Il s'est servi, pour ses recherches, d'une série de malades qui ne pouvaient venir tous les jours et qu'il a traités au moyen d'insufflations et de pulvérisations. Demme croit que les pulvérisations antiseptiques, si réputées, ne donnent pas plus de résultat que les pulvérisations d'eau claire. Les insufflations de poudre pénètrent rarement dans les parties étroites du conduit nasal et nuisent parfois en séchant. A toutes les poudres qui contiennent de l'iode, Demme préfère l'aristol et l'europhen. L'emploi de la pyoctanine au moyen de la sonde fut souvent écarté à cause de la malpropreté, et il était d'ailleurs peu utile.

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats du massage, que Michel Braun a, le premier, décrit et employé, et qu'il a combiné avec l'usage d'une pommade appliquée au moyen d'un tam-

pon d'ouate serré autour de l'extrémité d'une sonde. Cette pommade était composée de lanoline et de pyoctanine à 20 0/0. Les applications, qui, pour chaque fosse nasale, duraient une demi-minute, étaient quotidiennes. Demme obtint ainsi dans 10 cas la disparition complète de l'odeur et presque totale des croûtes ; l'augmentation de volume des cornets dut être réduite plusieurs fois au moyen du galvano-cautère. Parfois une angine se déclara après le premier massage.

Discussion.

M. Krakauer est d'avis que le nom d'ozène soit supprimé. Tous les auteurs, même M. Demme, sont d'accord sur l'identité du processus anatomique avec celui de la rhinite atrophique simple. En général, il importe que le principe désigne les maladies au point de vue anatomo-pathologique ; jamais un seul symptôme, si désagréable qu'il soit que la fétidité, ne doit servir pour la dénomination.

Si M. Demme regarde l'odeur seule comme l'essence de l'ozène, il devrait aussi ranger les processus nécrotiques, tuberculeux et syphilitiques sous le nom d'ozène. Même dans la rhinite hypertrophique, il apparaît parfois une rétention, des sécrétions et de la fétidité. Pour cette raison, on devait faire la division de rhinite atrophique simple et de rhinite atrophique fétide.

M. Fraenkel conseille de ne pas modifier la nomenclature. A côté de la nomenclature anatomo-pathologique, on s'efforce d'en faire une étiologique, et bien qu'il ne soit pas certain que l'on y réussisse à isoler un coccus comme cause unique de de l'ozène, pourtant le fait est possible. Il a reconnu la similitude de l'aspect anatomo-pathologique.

M. P. Heymann a eu les meilleurs résultats relatifs des insufflations d'aristol. Il est peu partisan des douches nasales.

M. Krakauer a déjà insisté sur sa manière de voir contre la douche nasale à la section otologique du Xe congrès international à propos d'une communication du professeur Guye; mais il croit que, vu l'état de détresse actuel de la thérapeutique de l'ozène, les pulvérisations antiseptiques, surtout dans la polyclinique, ne peuvent pas être entièrement supprimées, parce qu'elles écartent le symptôme le plus désagréable, la fétidité. Au surplus, Krakauer est partisan absolu du tamponnement de Gottstein, qui repose sur un principe vrai et qui, lorsqu'il est

bien appliqué, donne d'excellents résultats. En outre, il fait de temps en temps des insufflations d'aluminium acéto-tartrique.

M. Scheier. — *Sur le sarcome lingual.* — La littérature ne renferme que 12 cas de cette affection ; l'auteur en a observé un treizième.

La tumeur avait d'abord été traitée par des cautérisations interstitielles. Elle siégeait sur la base de la langue et profondément. C'est seulement à la troisième tentative d'extraction que l'on fut certain du diagnostic. Opération après section du maxillaire inférieur ; la tumeur ne put être enlevée en entier, mais la surface totale de la plaie fut cautérisée au moyen du Paquelin. Guérison sans réaction. Au bout de cinq semaines, récidive. Seconde opération. Le malade, âgé seulement de 28 ans, mourra probablement bientôt. La tumeur, ainsi que la récidive, était un sarcome à petites cellules rondes. Scheier parle ensuite de la pathologie et du diagnostic différentiel du sarcome de la langue.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du nez et de la gorge, par Ch. E. Sajous. (Duvis, éditeur. Philadelphie, 1889.)

Nous avons sous les yeux deux exemplaires du livre de Sajous : l'un est de 1886 et porte en tête 3e mille ; l'autre, de 1889, avec la mention 9e mille. C'est dire le succès de l'ouvrage qui s'est débité au chiffre de six mille dans trois années seulement.

Ces deux exemplaires ne diffèrent pas sensiblement l'un de l'autre, c'est là peut-être le principal reproche que l'on pourrait faire à l'auteur, étant donnés les progrès accomplis depuis trois années.

Quoi qu'il en soit, l'œuvre de Sajous montre la vogue qu'elle a obtenue et forme un exposé très pratique des affections du nez, du pharynx et du larynx.

Nez. — L'auteur décrit d'abord les moyens d'éclairer les cavités avec les instruments dont il se sert, soit qu'il les ait inventés ou modifiés ; puis l'anatomie et la physiologie du nez, la rhinoscopie antérieure et postérieure, les instruments en

usage pour nettoyer ou panser les cavités nasales et les divers agents thérapeutiques employés.

Après ces préliminaires, l'étude pathologique des affections nasales commence par les

Rhinites aiguë,
— chronique simple,
— hypertrophique,
— atrophique.

Cette dernière est pour Sajous un résultat *occasionnel* de la

Rhinite hypertrophique,
— syphilitique,
— scrofuleuse,

qui est pour l'auteur le synonyme d'ozène.

Puis vient l'exposé des tumeurs des cavités antérieures, les maladies de la cloison (déviation, hématome, abcès, infiltration). Sajous, à propos des déviations, fait remarquer que l'opinion de Bryson Delavan, qui en donne pour cause une rhinite hypertrophique, doit être renversée, et qu'au contraire cette rhinite en est plutôt le résultat.

Parmi les névroses nasales, l'auteur décrit la rhinite hyperesthétique périodique ou asthme des foins. Il y distingue trois facteurs : 1° un irritant externe; 2° une prédisposition ; 3° un point sensible ou vulnérable par lequel l'action de l'irritant se transmet à l'organisme. Il existe plusieurs points sur la muqueuse qui constituent des *area* d'où part l'irritation ; d'où le traitement par la cautérisation de ces points.

L'épistaxis, les corps étrangers, les rhinolithes, les larves de mouches sont ensuite étudiés.

Sous le titre de maladie de la cavité nasale postérieure, l'auteur décrit la pharyngite nasale postérieure aiguë, chronique et hypertrophique. Cette dernière est synonyme de végétations adénoïdes.

L'étude des affections nasales se termine par celle des polypes naso-pharyngiens.

Pharynx. — Après l'exposé de l'anatomie et de la physiologie du pharynx, du voile du palais et des amygdales, l'auteur décrit la pharyngoscopie et expose l'instrumentation et la thérapeuthique employée.

Il divise les pharyngites en sept classes :

Pharyngite aiguë,
— chronique simple,
— folliculaire,

Pharyngite membraneuse,
— atrophique,
— tuberculeuse,
— syphilitique.

Dans cette classification, la pharyngite membraneuse est synonyme d'herpès pharyngien et de pharyngite diphtéritique; c'est la pharyngite croupeuse des auteurs étrangers, qui confondent les exsudats entre eux, quelle qu'en soit la cause, erreur qui ne saurait exister en France.

Sajous décrit ensuite les abcès rétro-pharyngiens, les tumeurs du pharynx, la paralysie du pharynx et les corps étrangers qu'on y rencontre.

Il termine cette partie par l'amygdalite, l'hypertrophie amygdalienne, le relâchement du voile du palais et de la luette.

Larynx. — L'étude du larynx forme la troisième et dernière partie de l'ouvrage. Après l'exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie de l'organe, l'auteur décrit la laryngoscopie et la thérapeutique laryngienne.

Les affections laryngiennes sont classées ainsi qu'il suit :

Laryngite subaiguë,
— aiguë,
— chronique,
Œdème du larynx,
Laryngite tuberculeuse,
— syphilitique,
Névroses,
Paralysie motrice,
Aphonie hystérique,
Spasme de la glotte.

Enfin, l'auteur termine par l'étude des tumeurs du larynx et la description des principales opérations que l'on y pratique.

En résumé, l'ouvrage de Sajous est un bon exposé pratique qui peut être très utile à ceux qui commencent l'étude des maladies du nez et de la gorge; il s'adresse aux étudiants. De nombreuses figures très bien faites sont intercalées dans le texte et plusieurs planches coloriées achèvent de le rendre digne d'un succès très mérité. Dr HAMON DU FOUGERAY.

Maladies du nez et de ses cavités accessoires, par SPENCER WATSON. (Lewis, éditeur, 2e édition. Londres, 1890.)

Cette seconde édition du livre de Spencer Watson nous

paraît être d'une réelle valeur. C'est un ouvrage où se trouvent exposés très clairement les diverses affections du nez et de ses cavités accessoires, et le plan suivi par l'auteur, bien que toute classification soit sujette à la critique, est de ceux qui sont faciles à retenir. A ce point de vue nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui veulent se mettre promptement et facilement au courant de la pathologie nasale. Ce n'est pas une des moindres qualités du livre que cette exposition claire et succincte de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, le tout aidé par plus de quatre-vingts gravures très soignées.

L'auteur débute par un bon exposé de l'anatomie et de la physiologie du nez. Puis viennent les méthodes de nettoyage avant la rhinoscopie, les procédés de rhinoscopie antérieure et postérieure et les signes tirés de la sténose du nez, de sa fétidité et des produits excrétés.

Les rhinites sont étudiées sous neuf formes différentes :

Catarrhe simple,
Catarrhe chronique post-nasal, qui porte aussi le nom de maladie des glandes naso-palatines (Andrew Clark) ou maladie folliculaire de l'espace naso-pharyngien (Beverley Robinson),
Rhinorrhée strumeuse,
Coryza syphilitique,
Catarrhe sec,
Rhinite atrophique et ozène,
— caséeuse,
— diphthéritique,
— hypertrophique.

Quant à cette dernière, l'auteur pense qu'elle peut se terminer par la rhinite atrophique. A ce chapitre est annexée l'étude des kystes des fosses nasales et du naso-pharynx.

Dans un autre chapitre, les polypes du nez, l'épistaxis, les corps étrangers, les rhinolithes et les larves de mouches (Peenash dans l'Inde) sont successivement étudiés.

Les ulcérations de la muqueuse sont examinées dans huit sections :

Ulcères érosifs syphilitiques,
— lupoïdes,
— eczémateux,
— suite des fièvres,
— suite de la morve,
— suite du scorbut,

Ulcères dus à la parésie de la 5e paire,
— tuberculeux.

L'étude des végétations adénoïdes forme un bon chapitre.

L'auteur consacre ensuite quelques pages à la nécrose et à la carie et mentionne l'opération de Rouge (de Lausanne) dans l'ozène.

Dans un chapitre suivant, les maladies des sinus sont bien exposées.

Puis vient la description des maladies de la peau du nez : herpès, eczéma, acné, lupus érythémateux (article du Dr Robert Leveing), rhinosclérome, etc.

Les diverses tumeurs, le traitement des blessures, fractures et luxations des os du nez suivis de malformations et mutilations sont exposées ensuite avec diverses opérations rhinoplastiques.

Dans les derniers chapitres, Spencer Watson expose succinctement les désordres fonctionnels de l'odorat : dysosphrésie, anosmie, parosmie, parosmie métamorphique, hyperosmie ; puis les réflexes d'origine nasale, les névroses du nez (éternuements, chorée, névralgie, paralysie de la 5e paire, toux nasale), enfin les complications mentales dues aux maladies du nez.

L'ouvrage se termine par un article sur les maladies de l'oreille et leurs relations avec les maladies du nez et du naso-pharynx, dû au Dr Cumberbatch.

En résumé, l'ouvrage de Spencer Watson forme un manuel très pratique et où la séméiologie et le diagnostic différentiel des maladies du nez sont savamment étudiées. A ce titre il sera, comme nous le disions en commençant, toujours consulté avec fruit. Dr HAMON DU FOUGERAY.

De la faculté d'organisation de la membrane de la coquille de l'œuf et de son emploi pour la transplantation, par HAUG RUDOLF, de Munich. (*Thèse*, *Munich*, 1889.)

L'auteur décrit les nombreuses recherches qu'il a faites au sujet de la transplantation de la membrane de l'œuf de poule. Celles-ci ont consisté :

1° En la transplantation sur la perforation de la membrane du tympan chez l'homme, d'après l'ancienne méthode de Berthold et celle de l'auteur ;

2° En la transplantation sur des plaies, chez l'homme et les animaux, d'après les deux méthodes sus-indiquées ;

3° Enfin, dans l'implantation de cette membrane chez des cobayes et des lapins dans une poche formée par incision de la peau du front, suivie de l'examen microscopique des modifications produites après des laps de temps variables.

Il résulte de toutes ces expériences que si l'on applique sur la perforation avivée de la membrane du tympan ou sur une plaie la face intérieure de la membrane de l'œuf, il n'y a dans les cas les plus favorables qu'une agglutination d'une solidité relative. Il en est autrement si l'on applique la face tournée du côté de la coquille. Ici il y a imbibition par les liquides des tissus voisins, immigration de leucocytes dans la membrane de l'œuf, prolifération directe du tissu dans cette dernière, qui se vascularise, et finalement la membrane cesse d'exister comme telle ou se transforme en tissu connectif, en perdant une partie de ses vaisseaux.

Il résulte de là, au point de vue pratique, que la membrane fraîche de la coquille de l'œuf de poule peut être employée avec succès, d'après ces principes, comme élément de transplantation. En particulier, c'est le meilleur moyen d'obtenir une fermeture permanente de perforations persistantes sèches de la membrane du tympan, quand la perforation est petite ou de grandeur moyenne.

A. JOLY.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Du traitement boriqué des suppurations chroniques de l'oreille et d'une nouvelle combinaison boriquée, par le Dr MAX JÄNICKE, de Görlitz. (*Archiv f. Ohrenh.*, vol. XXXII, 1re livr.)

Parmi les antiseptiques employés contre les otorrhées chroniques, c'est l'acide borique en solution ou en poudre qui s'est jusqu'ici le mieux comporté. Il est certain que dans des cas déterminés il arrête très rapidement l'otorrhée chronique. Malheureusement, ces cas ne sont pas très fréquents. Les conditions pour l'emploi de la poudre d'acide borique sont une grande

perforation de la membrane du tympan et une sécrétion peu abondante de la muqueuse de la caisse.

Mais même dans les cas réalisant ces conditions, on obtient rarement un résultat bien marqué. Cela tient, d'après l'auteur, à la faible action antiseptique ou, pour mieux dire, à la faible solubilité de l'acide borique et à l'impossibilité de faire pénétrer la substance pulvérisée dans toutes les anfractuosités de la cavité tympanique.

Pour mettre en contact d'une manière uniforme la muqueuse de la caisse avec le remède, il faut donc l'employer en solution. Mais la solubilité de l'acide borique dans l'eau à la température ordinaire n'est que de 4 0/0, et ce sont des solutions à 4 0/0 ou moins concentrées que l'on emploie généralement et qui donnent des résultats insuffisants.

Or, l'acide borique ne tue pas les bactéries; son action antiseptique consiste à peu près uniquement en sa propriété d'empêcher le développement et la multiplication des germes. Il en résulte évidemment qu'il ne peut avoir un effet curatif qu'en agissant d'une manière durable et en concentration suffisante sur les parties malades. Une solution à 4 0/0 injectée une ou même plusieurs fois par jour ne réalise pas ces conditions. Il faudrait renouveler l'injection à chaque instant, ce qui, en pratique, est inexécutable.

Des solutions saturées à la température du sang seraient plus actives ; elles contiennent environ 7 1/2 0/0 d'acide borique, mais encore faudrait-il les injecter toutes les deux ou trois heures. L'auteur ne les a pas essayées. Il a trouvé une combinaison borique ayant, comme l'acide borique, la propriété d'empêcher le développement des germes, mais beaucoup plus soluble et par suite beaucoup plus active. Cette combinaison s'obtient en chauffant parties égales d'acide borique, de borax et d'eau. Elle cristallise par le refroidissement et ne présente ni réaction acide comme l'acide borique, ni réaction alcaline comme le borax. A la température ordinaire, sa solubilité est d'environ 16 0/0, mais à 100° elle est presque illimitée. Ce sel possède la propriété précieuse de ne pas être précipité immédiatement par le refroidissement, de telle sorte qu'on peut introduire dans la caisse des solutions à 50 0/0 et au delà.

Cette combinaison, que l'auteur désigne sous le nom de borate neutre de soude, peut donc être introduite dans l'oreille moyenne en quantité suffisante pour assurer l'antisepsie d'une manière durable, de telle sorte qu'il suffit en général de l'ap-

pliquer une fois par jour. Seulement, dans le cas d'une suppuration très profuse, l'application devrait être plus fréquente.

Comme l'acide borique, ce sel a le grand avantage de ne pas provoquer d'irritation, même en solution à 50 0/0; on constate, au contraire, une atténuation des phénomènes inflammatoires, contrairement à ce qui se passe avec les autres antiseptiques.

L'auteur a employé le borate de soude pendant six mois dans toutes les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et dans l'otite externe purulente. Le mode d'emploi était le suivant : Après avoir nettoyé l'oreille à fond à l'aide d'un lavage à l'eau tiède et avoir enlevé éventuellement les polypes et granulations, le conduit auditif était séché avec du coton; puis la solution, fraîchement préparée et refroidie à la température du sang, était versée dans le méat et poussée dans l'oreille moyenne en appuyant fortement le tragus à plusieurs reprises sur la paroi postérieure du conduit auditif. Le liquide était ensuite laissé encore une demi-minute à deux minutes dans l'oreille ; puis on enlevait avec du coton la partie restée dans le méat, et on introduisait un morceau de gaze.

Pour préparer la solution, on prend une pointe de couteau (environ un fort demi-gramme) de la substance, que l'on place dans un petit verre à réactif; on ajoute quelques gouttes d'eau à l'aide d'une pipette, de façon à former une bouillie, et on porte à l'ébullition. La poudre se dissout rapidement ; on plonge alors le verre dans de l'eau froide jusqu'à ce que le contenu ait pris la température du sang, et on verse immédiatement dans l'oreille.

Les résultats obtenus sont remarquables :

Six cas d'otite externe purulente ont été guéris dans un laps de temps variant de quatre jours à deux semaines. Dans deux des cas, la suppuration existait depuis plusieurs années.

Sur 44 cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, 27 ont été guéris en quelques jours ou quelques semaines; dans 7 cas la suppuration a cessé, mais la muqueuse est restée humide et un peu rouge; dans 3 cas d'otorrhée fétide avec petite perforation au-dessus de la courte apophyse, le résultat a naturellement été négatif, par suite de l'impossibilité d'introduire le remède en quantité suffisante. Dans 4 cas avec carie, l'auteur a pu modifier heureusement la suppuration. Enfin 3 cas n'ont pu être suivis.

Ces résultats nous paraissent propres à appeler l'attention sur le nouveau remède, qui joint une grande efficacité à une innocuité complète.

Dr A. JOLY.

Contribution à l'histologie du limaçon et plus spécialement de la strie vasculaire, par le Dr L. Katz (de Berlin). (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXI, 1er fasc.)

La paroi externe de la rampe du limaçon est formée par un stroma triangulaire de tissu conjonctif, dont la base est reliée de la façon la plus intime avec le périoste de la paroi osseuse du limaçon; c'est ce que Kölliker a désigné sous le nom de ligament spiral. Il n'est pas douteux que ce ligament ait la plus grande importance, au point de vue physiologique, pour la tension des fibres de la membrane basilaire.

L'auteur s'occupe spécialement de la partie qui confine directement à l'endolymphe, c'est-à-dire du revêtement épithélial dont la partie supérieure porte le nom de strie vasculaire de Corti, limitée en haut par le point d'insertion de la membrane de Reissner, en bas par la proéminence spirale.

Elle n'est figurée dans les traités d'anatomie que par une bande sombre, plus ou moins étroite, où l'on ne peut pas distinguer les limites des cellules, mais où l'on voit une série de coupes généralement transversales de vaisseaux sanguins et un certain nombre de noyaux.

La question à élucider était celle-ci : A-t-on affaire ici à un épithélioma vasculaire, — ce qui est rare, car le tissu épithélial provenant du feuillet externe de l'embryon est à peu près caractérisé par l'absence de vaisseaux sanguins, — ou bien s'agit-il d'un mélange d'épithélium et de tissu conjonctif accompagnant les vaisseaux ? Dans ce dernier cas, la formation n'aurait rien d'anormal.

Les auteurs n'étant pas d'accord à ce sujet, le Dr L. Katz s'est livré à des recherches personnelles pour reconnaître la forme des cellules épithéliales, leur disposition et leurs rapports avec les vaisseaux. Il a fait macérer des limaçons de lapins dans la solution alcoolique de Ranvier ou dans une solution d'acide osmique à 1/8 0/0. Il les portait ensuite dans l'eau ordinaire. Au bout de huit jours environ, il a pu détacher en entier assez facilement la strie de la paroi. Après l'avoir désagrégée, il a trouvé des épithélia assez élevés, présentant des formes très remarquables, les uns en forme de champignon ou de marteau avec le noyau à la partie supérieure, les autres parfaitement cylindriques, plus rarement triangulaires. Ces formes sont certainement dues à la pression des vaisseaux passant entre les cellules.

Le protoplasma de la cellule présente une *structure nettement fibrillaire;* il envoie des *prolongements en forme de balai* sur les côtés et en bas. L'auteur n'a pu trouver que des traces de tissu conjonctif dans la strie chez l'animal adulte. Les épithélia s'attachent latéralement par leurs appendices comme un *glouteron.* En bas, ces filaments protoplasmatiques vont se perdre dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Mais c'est chez la souris que la structure de la strie vasculaire, complètement développée, présente les rapports les plus instructifs. La coupe montre les cellules épithéliales à bandes fibrillaires disposées en forme de palissade, généralement en une seule rangée, avec le noyau généralement dans la partie supérieure de la cellule; les prolongements protoplasmatiques inférieurs se rendent dans le tissu conjonctif réticulaire sous-jacent et paraissent participer à la formation de la membrane limite, riche en noyaux et livrant passage à la lymphe. Les cellules situées en dessous des épithélia ne sont pas, d'après l'auteur, des cellules épithélioïdes ou de véritables cellules épithéliales, comme quelques-uns l'admettent, mais des cellules de tissu conjonctif ou aussi des cellules lymphatiques. Bien que les vaisseaux soient recouverts directement par les épithélia et courent entre ceux-ci, on ne peut pas dire que la strie vasculaire, considérée dans son ensemble, constitue un épithélium vasculaire, parce que sa partie inférieure contient certainement encore un peu de tissu conjonctif réticulaire.

Voici en résumé les conclusions de l'auteur :

Dans l'organe ayant atteint son plein développement, la strie a tout à fait l'aspect d'un épithélium vasculaire, mais elle ne l'est pas, car la limite inférieure n'est pas nette : — elle ressemble à une membrane de tissu conjonctif, riche en noyaux, provenant d'un *réseau conjonctif rempli de lymphe,* — ce qui se voit de la façon la plus évidente chez les embryons approchant de la maturité et chez les jeunes animaux.

Nous renvoyons au travail original pour les figures illustrant le texte.

Dr A. JOLY.

L'ouverture de l'apophyse mastoïde par le conduit auditif externe peut-elle être regardée comme ayant la même valeur que les autres méthodes employées? par le Dr Hessler. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXI, 1re livr.)

L'auteur commence par passer en revue les diverses méthodes employées pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

La plus usuelle et la plus ancienne est celle de Schwartze. La couche corticale étant saine, on choisit pour pratiquer l'ouverture de l'os le point qui conduit par la voie la plus courte à l'antre mastoïdien. L'ouverture de la couche corticale doit être aussi grande que possible pour permettre d'enlever facilement tous les produits pathologiques. La fistule est maintenue par une cheville de plomb jusqu'à ce que la suppuration de l'oreille soit à peu près complètement arrêtée. La durée moyenne du traitement consécutif est d'un à trois mois dans les cas aigus, de neuf à dix mois dans les cas chroniques.

Wolf propose, après avoir détaché les parties molles, d'enlever couche par couche, sur une largeur de 3 à 4 millimètres, la paroi osseuse intermédiaire entre l'antre et le conduit auditif externe, comme si l'on voulait simplement prolonger celui-ci en arrière.

D'après Küster, dans les affections primitives de l'oreille moyenne, il faut enlever radicalement la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Si une partie de la membrane du tympan et des osselets est conservée, on ouvre le conduit auditif latéralement, aussi près que possible de la membrane; puis on introduit un drain dans le méat, dont l'une des extrémités ressort par la plaie, l'autre par l'oreille externe. Mais si la caisse est remplie de granulations, si la membrane du tympan et les osselets sont détruits complètement ou en grande partie, on cherche à pénétrer jusque dans l'oreille moyenne pour enlever tous les produits pathologiques avec la curette tranchante sous le contrôle de l'œil. On place un drain ou on tamponne avec la gaze iodoformique. Les irrigations méthodiques sont inutiles, car la suppuration est en général légère après l'opération. La durée de la guérison jusqu'à ce que toute suppuration ait disparu est en moyenne d'un à deux mois, quelquefois un peu plus longue, au maximum de 7 mois.

V. Bergmann, dans deux cas, a ouvert directement la caisse. Il faisait une longue incision en forme de croissant, partant d'en haut et en avant et se dirigeant en bas et en arrière, autour du pavillon, et il détachait partout le périoste du méat. Il pénétrait ensuite au-dessous de la ligne temporale, avec un ciseau étroit, à travers la couche osseuse assez puissante qui est située entre le toit du méat et la limite inferieure et latérale de la fosse moyenne du crâne, jusqu'à la bordure osseuse de la membrane du tympan, sans ouvrir la cavité crânienne. Puis il dirigeait le ciseau plus loin, en arrière, vers l'apophyse mastoïde, pour pé-

nétrer de là obliquement dans la portion tympanique formant la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Il évite sûrement de pénétrer trop profondément et même d'entamer le canal de Fallope. On pratique ensuite le tamponnement avec la gaze iodoformique. Au bout de deux jours, il pousse jusqu'au fond de la caisse un drain de grosseur décroissante.

Telles sont les quatre méthodes d'ouverture de l'apophyse mastoïde que l'auteur examine. Toutes ont donné des guérisons. Il en résulte que le procédé peut varier suivant les conditions anatomo-pathologiques des diverses affections.

La méthode de Wolf, rarement pratiquée jusqu'ici, passe généralement pour difficile, à cause du champ rétréci de l'opération. Elle est indiquée : 1° pour l'ablation sous-périostale d'exostoses et hyperostoses du méat; 2° dans la carie du méat en haut et en arrière ; 3° quand le sinus transverse s'avance tellement dans le champ de l'opération, qu'il ne reste une place pour le ciseau que juste devant la paroi postérieure du conduit auditif.

La méthode de Küster pour le traitement de la suppuration de l'oreille moyenne n'est pas à l'abri de tout reproche.

Celle de Schwartze donne des résultats extrêmement favorables dans les cas aigus, mais dans les cas chroniques elle n'enlève pas tous les produits pathologiques et ne constitue qu'un début du traitement consécutif. Or, d'après l'auteur, toute opération doit conduire directement à la guérison.

Mais en combinant la méthode de Schwartze avec celle de V. Bergmann, on a un procédé qui répond à toutes les exigences des médecins auristes et des chirurgiens : guérison rapide et définitive de l'affection osseuse et de la suppuration d'oreille, enlèvement de tous les tissus pathologiques, et cela sans grandes difficultés techniques et sans danger pour le nerf facial, les canaux semi-circulaires et le cerveau. Toute opération est commencée par la méthode de Schwartze, et on s'en tient à celle-ci quand la carie est limitée à l'apophyse mastoïde et à l'antre. Mais si elle s'étend plus loin en avant, entre les lames de l'écaille du temporal, il faut avoir recours à la méthode de V. Bergmann, enlever la couche corticale en dessous du périoste et pénétrer directement avec le ciseau au fond de l'oreille moyenne. L'auteur a appliqué ce procédé avec succès. Dr A. JOLY.

Un deuxième cas de lésion du bulbe de la veine jugulaire interne dans la paracentèse de la membrane du tympan, par le Dr HILDEBRANDT, assistant de la policlinique du professeur TRAUTMANN, de Berlin. (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXX, 3e livr.)

Le premier cas analogue à celui-ci a été observé dans la clinique du professeur Schwartze et décrit par le Dr Ludwig. Nous donnons un résumé de celui-ci, à cause de la rareté des observations de ce genre et pour appeler l'attention des médecins sur la possibilité d'un accident de ce genre en pratiquant la paracentèse de la membrane du tympan.

Marie L., quatre ans, après une nuit agitée, se plaint subitement de douleurs dans l'oreille droite. La membrane du tympan est terne, rouge et bombée dans le quadrant postéro-inférieur. On pratique une large incision dans la membrane. Aussitôt un courant de sang noir de la grosseur du petit doigt jaillit de l'oreille. On fait immédiatement le tamponnement et la perte de sang ne dépasse pas 100 centimètres cubes environ. L'hémorrhagie s'arrête, il n'y a pas écoulement de sang par la trompe.

La nuit suivante fut paisible, le lendemain la douleur avait complètement disparu. Au bout de deux jours on enleva le tampon. L'incision était guérie. Forte rétraction du marteau et saillie du pli postérieur. La couleur de la membrane est gris perle dans le segment antérieur. Dans le quadrant postéro-inférieur il y a une proéminence rouge bleuâtre d'à peu près la grosseur d'un pois, empiétant sur le quadrant antéro-inférieur. Cette grosseur varie dans certaines limites.

Ce qui prouve bien qu'il s'agissait réellement du bulbe de la veine jugulaire, c'est qu'en appuyant un peu fortement sur la veine jugulaire interne, du côté droit du cou, le reflet lumineux du segment antéro-inférieur changeait de forme, puis reprenait sa forme primitive quand la pression cessait.

La blessure n'eut pas de suites fâcheuses pour la patiente. L'auteur fait remarquer, en terminant, que les veines du côté droit de la face, notamment la jugulaire externe, la faciale antérieure et la faciale postérieure, étaient plus grosses et plus pleines que les vaisseaux correspondants du côté gauche. La patiente a été rachitique et en porte encore actuellement les traces aux articulations et au crâne.

Dr A. JOLY.

Compte rendu annuel de la clinique universitaire de Halle, du 1er avril 1889 au 31 mars 1890, par le Dr Ludwig, **médecin assistant.** (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXI, 1re livr.)

Nous continuons à relever dans ce compte rendu les cas les plus intéressants.

Suppuration chronique avec carie du rocher des deux côtés, lupus du nez, tuberculose universelle. — On avait affaire ici à un cas exquis de tuberculose de l'oreille moyenne, manifestation partielle d'une tuberculose générale véritablement effrayante.

La maladie avait commencé par un lupus du nez qui résista à tout traitement. Comme second symptôme, passé d'abord inaperçu, il se forma, un an et demi plus tard, une nodosité tuberculeuse sur la face dorsale du pouce droit.

Puis les deux caisses du tympan furent atteintes presque simultanément par la tuberculose sans qu'il y eût eu transmission *ex contiguo*; la muqueuse de l'espace naso-pharyngien et les orifices pharyngiens des trompes sont restés indemnes. Cette affection tuberculeuse de l'oreille survint lentement, sans phase aiguë initiale, présentant le tableau typique d'une maladie tuberculeuse de l'oreille moyenne. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que la rétention du pus provoqua des douleurs. Après destruction de la muqueuse, l'os fut atteint à son tour. Aucune opération ne put arrêter la carie. Malgré une large ouverture de l'antre et des irrigations journalières, il se forma dans le cou des abcès par congestion, en même temps que l'audition diminuait progressivement.

La carie atteignit ensuite le canal facial. La paralysie du nerf survint à peu près en même temps des deux côtés ; des maux de tête d'une grande violence, accompagnés d'une forte fièvre, marquèrent le début de la méningite tuberculeuse.

Les symptômes du côté des poumons ne se montrèrent que très tardivement; alors l'appétit disparut et les forces diminuèrent. L'autopsie compléta le tableau d'une tuberculose universelle : le foie, la rate, les reins, les intestins et les vertèbres renfermaient des nodosités tuberculeuses.

Suppuration chronique avec polypes et carie à droite. — C'est là le seul cas de mort résultant d'une opération depuis l'entrée de l'auteur à la clinique de Halle, il y a trois ans. La structure anatomique anormale du temporal (la fosse moyenne du crâne descendait bien au-dessous de la ligne temporale)

fut la seule cause de la pénétration dans la cavité crânienne du ciseau poussé dans la direction habituelle. La dure-mère fu perforée par le ciseau ou par la sonde introduite ensuite et l'écorce cérébrale fut entamée. Bien que la plaie n'eût pas été infectée, il y eut issue fatale au milieu de symptômes méningitiques qui ne peuvent s'expliquer que par la lésion de la substance cérébrale. On n'a pas trouvé la moindre trace de suppuration à l'intérieur de la cavité crânienne, et le contenu du ventricule ne montra aucune altération; par suite, la cause véritable de la mort est restée obscure.

Suppuration aiguë de l'oreille moyenne avec carie et méningite. — Le patient était entré dans la clinique déjà atteint d'une méningite, la suite l'a prouvé d'une manière indubitable. Mais il était impossible au premier examen de porter le diagnostic d'une méningite et il n'y avait pas de temps à perdre. L'opération pouvait être encore utile et ne pouvait nuire dans aucun cas, aussi eut-on recours au ciseau sans grand espoir.

L'intervention venait trop tard, mais dans les cas douteux le professeur Schwartze n'est pas arrêté par la crainte de « gâter sa statistique ». Sa décision a déjà sauvé bien des malades, et un seul de ces cas serait une excuse suffisante pour dix autres où l'opération arriverait trop tardivemnt.

Suppuration chronique à gauche avec carie et polypes. Pyémie. — Le malade a longtemps souffert de pyémie; pendant près de cinq semaines, il eut une fièvre pyémique rémittente, montant à des températures colossales qui tombaient presque toujours, le matin, à la température normale. Il se développa finalement une inflammation métastasique péri-articulaire de l'articulation de l'épaule des deux côtés et un abcès musculaire énorme de l'avant-bras gauche, qui fut ouvert avant la mort. L'appétit se maintint presque jusqu'au dernier moment; le malade insistait pour avoir une forte nourriture, et il but jusqu'à la fin son litre de vin tous les jours avec grand plaisir. Dans les tout derniers temps la nutrition fut atteinte, par suite probablement d'un décubitus sanieux considérable de la région sacrée.

A l'autopsie on trouva à l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral gauche un abcès à peu près du volume d'une noisette, qui devait être de date récente, peut être de la dernière semaine, car il n'y avait encore aucune trace d'encapsulement. Pas de méningite de la base. Il s'agissait d'un cas de phlébite de sinus pure, d'une destruction purulente du thrombus

formé dans le sinus transverse à la suite de la suppuration chronique de l'oreille moyenne.

L'auteur donne à la fin de son travail un tableau des opérations de l'apophyse mastoïde faites dans l'année. 53 malades ont été opérés, 3 des deux côtés, de sorte que le nombre total des opérations est de 62. Pour le tableau donnant le résultat de ces opérations, nous renvoyons au texte allemand.

Dr A. JOLY.

De la fosse jugulaire et des déhiscences du plancher de la caisse, par le Dr OTTO KÖRNER, de Francfort-sur-Mein. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXX, 3e fasc.)

Les déhiscences de la cloison osseuse qui sépare la caisse de la fosse jugulaire ont été plusieurs fois décrites, notamment par Toynbee, V. Tröltsch, Zuckerkandl et autres. Elles sont parfois congénitales, mais elles peuvent aussi résulter d'une usure de compression, à la suite de stase dans la veine jugulaire. Elles méritent l'attention, parce qu'alors la muqueuse de la caisse arrive au contact direct de la veine et qu'une maladie de la muqueuse peut se transmettre à la paroi vasculaire et entraîner une hémorrhagie ou une pyémie. L'observation rapportée plus haut et celle de Schwartze montrent aussi que la veine jugulaire peut être ouverte en faisant la paracentèse de la membrane du tympan. L'étude des déhiscences du plancher de la caisse a donc un intérêt pratique.

On sait depuis longtemps que la fosse jugulaire peut avoir sur un même crâne une grandeur très différente des deux côtés et pénétrer plus ou moins profondément dans l'os. Ces différences sont dues à la grosseur variable des deux jugulaires. Dans la plupart des cas le sinus transverse est plus fort à droite qu'à gauche. Rudinger a trouvé aussi qu'en moyenne la fosse jugulaire est plus large et plus profonde du côté droit. Par suite, la cloison osseuse qui la sépare de la caisse doit être aussi plus mince et présenter plus souvent des déhiscences. C'est, en effet, ce que l'auteur a constaté. Il a examiné 449 crânes et a trouvé la fosse jugulaire :

76 fois de mêmes largeur et profondeur des deux côtés ;
264 fois plus large et plus profonde à droite ;
109 fois plus large et plus profonde à gauche.

30 crânes présentaient des déhiscences, 22 fois à droite, 8 fois à gauche.

Outre ces déhiscences, quand la cloison osseuse est très

mince on trouve assez souvent des trous, probablement vasculaires, pas plus gros qu'une piqûre d'aiguille, parfois en grand nombre, de telle sorte que la lame osseuse ressemble à un crible. Ce sont de véritables petites déhiscences. L'auteur les a observées sur 23 crânes ; 12 fois à droite, 7 fois à gauche et 4 fois des deux côtés.

Parfois des canalicules vasculaires courent dans la paroi osseuse, non plus normalement, mais obliquement, et la paroi se trouve ouverte d'un côté. Si la cloison est très mince, le conduit peut être ouvert des deux côtés et former une déhiscence en forme de fente.

Dans des cas rares, il y a de grandes cavités dans l'os qui sépare la caisse de la fosse jugulaire. Ces cavités peuvent être ouvertes des deux côtés et mettre en communication la caisse et la fosse jugulaire.

Ces constatations anatomiques permettent d'expliquer pourquoi les suppurations de l'oreille droite ont plus souvent une issue fatale que celles de l'oreille gauche. Dr A. JOLY.

Des maladies de l'oreille dans le tabes dorsalis, par TREITEL, de Berlin. (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. XX, 3e et 4e n^os.)

Les recherches récentes de l'auteur confirment que les troubles du côté de l'oreille n'existent que dans un petit nombre des cas de tabes dorsalis. Sur 20 tabétiques il en a trouvé 5 se plaignant de dureté de l'ouïe, et chez 3 d'entre eux ce n'était qu'une complication accidentelle ; l'un des patients souffrait, en outre, de bruits subjectifs sans lésion apparente de l'oreille. Dans les deux cas restants il existait indubitablement une surdité nerveuse ; c'est ce qui résultait de la forte réduction de la portée de l'ouïe pour le langage, de la diminution de la perception par les os pour les sons du diapason et la montre, et de la perception des notes élevées. Il y avait, en outre, selon toutes probabilités, une sclérose de l'oreille moyenne, car dans un cas on constatait des anomalies graves de la membrane du tympan ; et chez les deux malades l'expérience de Rinne, tout en donnant un résultat positif, était d'une très courte durée ; en outre, le bruit d'auscultation dans le cathétérisme avait une forte résonnance, et la douche d'air produisait une légère amélioration de l'ouïe.

L'auteur serait disposé à admettre des troubles trophiques développés dans l'oreille moyenne à la suite du tabes. On n'est autorisé à conclure à une relation entre la surdité éventuelle

et l'affection de la moelle épinière, que si le trouble de l'ouïe ne s'observe qu'après le début apparent du tabes et si une maladie de l'oreille n'existait pas auparavant, en admettant, bien entendu, que le résultat de l'exploration de l'oreille ne soit pas en contradiction avec les commémoratifs. Dr A. JOLY.

Mots pour l'épreuve de l'ouïe et leur valeur diagnostique différentielle, par O. WOLF, de Francfort-sur-Mein. (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. XX, 3e et 4e fasc.)

L'auteur divise les mots choisis pour l'épreuve de l'ouïe en trois groupes, suivant les consonnes à son propre qu'ils renferment.

Le premier groupe comprend S fort et aigu, Sch et G mous, ainsi que F faible et aigu. Dans les affections de l'appareil conducteur du son, la perception des consonnes sifflantes aiguës est généralement affaiblie. F, qui par suite de son peu de force est déjà à peine saisi par l'oreille normale, est mal entendu dans des maladies très diverses. Cependant sa non-perception peut indiquer une maladie isolée de quelques fibres du limaçon, par exemple une hémorrhagie, quand il n'est pas perçu au voisinage immédiat de l'oreille, tandis que d'autres consonnes encore plus faibles sont entendues.

Le deuxième groupe de mots contient des consonnes explosives de hauteur moyenne, B, K et T. Elles sont relativement bien entendues même des personnes dures d'oreille et ne donnent que rarement lieu à des confusions.

Enfin le troisième groupe comprend les sons bas et faibles, R de la pointe de la langue et U (*ou*) murmuré. Les patients dont la membrane du tympan est perforée entendent fréquemment F au lieu de R. Si ces sons les plus bas sont relativement mal perçus, l'appareil de transmission du son étant intact, on peut conclure à une maladie du labyrinthe, en tenant compte toutefois d'autres facteurs, notamment de l'étiologie de la maladie. Par exemple, l'auteur a observé l'absence de perception de R lingual et U (*ou*) murmuré, à la suite du typhus et d'autres maladies épuisantes, à la suite de couches se succédant rapidement et d'une lactation trop prolongée, dans la paramétrite chronique, l'anémie et la chlorose des femmes, les affections du système nerveux sympathique. Dr A. JOLY.

Recherches histologiques et bactériologiques sur les affections de l'oreille moyenne dans les différentes formes de la diphthérie, par Moos. (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. XX, 3e et 4e livr.)

Les recherches de l'auteur portent sur 6 rochers de 10 enfants âgés de deux à sept ans. 3 avaient succombé à une diphthérie pharyngienne primitive, 3 à une diphthérie scarlatineuse. La durée de la maladie jusqu'à la mort a été de deux à dix-huit jours.

A l'examen histologique l'auteur a constaté l'absence de toute suppuration dans l'oreille moyenne. L'affection était caractérisée surtout par une mortification partielle de l'épithélium, une large infiltration de la muqueuse par des cellules migratrices polymorphes et par la nécrose des vaisseaux sanguins et de l'os.

Ces modifications étaient dues à la présence de microrganismes, microcoques et streptocoques, arrivés dans le tissu par la surface libre de la muqueuse ou les fentes plasmatiques de la substance conjonctive, ou introduits par le sang. Dans tous ces points, on put reconnaître les deux microrganismes, soit isolés, soit combinés ; soit à l'état libre, soit emprisonnés dans des éléments cellulaires.

Dans la muqueuse de la caisse, les altérations étaient surtout accusées dans la partie postérieure, le plancher de la caisse, la paroi labyrinthique et les niches. En ces points l'épithélium était mortifié, les vaisseaux sanguins gonflés de sang, leurs parois nécrosées en partie. Il en était résulté des hémorrhagies plus ou moins fortes. On voyait, en outre, un réseau à mailles plus ou moins larges de fibres fibrineuses, allant de la couche sous-épithéliale de la muqueuse au périoste ; les mailles de ce réseau étaient infiltrées de leucocytes, de cellules migratrices fortement granuleuses, des formes les plus diverses et en partie aussi de cellules à plusieurs noyaux. Plus loin ces tissus celluleux se transforment en cellules granuleuses géantes ou sont détruits rapidement, ou bien subissent une dégénérescence hyaline ou une métamorphose colloïde en même temps que les tissus voisins.

Les parties de la muqueuse de la caisse voisines de la périphérie postérieure et antérieure de la membrane du tympan, avaient un épithélium intact ; par contre, sur cet épithélium et dans la couche sous-épithéliale il y avait une forte infiltration de cellules migratrices, en même temps qu'un réseau fibrineux délicat, recouvert en grande partie par ces cellules. L'affection

ne montrait pas de tendance à s'étendre plus loin, on ne voyait pas non plus le moindre indice d'une formation de pus. Dans un seul cas, où une pseudo-membrane s'était formée sur la muqueuse de la paroi labyrinthique, on trouva dans le pourtour les signes d'une réaction inflammatoire purulente.

Déjà à partir du deuxième jour l'os de la paroi interne de la caisse présentait les altérations les plus diverses : destruction du périoste, raréfaction du tissu osseux voisin, destruction des corpuscules osseux ; finalement, la nécrose s'étendait profondément dans toutes les directions dans le canal facial, dans le vestibule, dans les canaux semi-circulaires et jusqu'au ligament spiral.

Sur les muscles internes de l'oreille, tenseur du tympan et stapédius, on observait les effets de la thrombose vasculaire et de l'immigration directe des microrganismes. Il y avait eu nécrose des vaisseaux musculaires, hémorrhagies parenchymateuses plus où moins étendues, dégénérescence colloïde ou ciroïde des fibrilles musculaires avec décomposition granuleuse et prolifération du tissu conjonctif interfibrillaire.

De plus, on constatait la présence de microcoques dans presque tous les éléments des tissus. Ils avaient pénétré dans les nerfs du plexus tympanique, dans le tronc du nerf facial et du nerf acoustique et avaient amené une multiplication des noyaux, ainsi qu'une destruction finale de la moelle et de toutes les fibres nerveuses.

La trompe d'Eustache ne montrait souvent qu'une infiltration celluleuse de la muqueuse ; dans d'autres cas, il y avait mortification de l'épithélium et des cellules glandulaires. Dans un cas on constata la nécrose de la trompe membrano-cartilagineuse avec immigration abondante de microcoques par les fentes plasmatiques du tissu conjonctif qui va de la muqueuse pharyngienne à la sous-muqueuse entre les parties cartilagineuses médianes.

A la fin de son travail, Moos rappelle l'opinion des divers auteurs au sujet des microrganismes intervenant dans la diphthérie. Il appelle l'attention sur ce fait que, dans ses cas où il s'agit de diphthérie primitive et de diphthérie scarlatineuse, il a trouvé, en somme, dans l'oreille moyenne, des altérations de même genre que celles produites par l'immigration de microrganismes similaires. La diphthérie septique paraît se distinguer des autres formes par un plus grand nombre et une plus grande extension des microcoques et, par suite, par une

plus grande intensité du processus morbide. Le bacille diphthéritique de Klebs-Löffler ne se dissémine pas dans l'organisme; les complications éventuelles sont dues à une infection secondaire par des microcoques en chaîne ou en grappe. Dr A. JOLY.

Le diagnostic différentiel et le pronostic du bourdonnement d'oreilles (bruits dans la tête et les oreilles), par MACNAUGHTON JONES. (*The Lancet*, n° 3533, mai 1891.)

L'auteur étudie dans un travail intéressant et méthodique, mais qui ne se prête pas à l'analyse, les diverses formes et catégories de bourdonnements, en fait une classification et indique leur pronostic d'après leur nature. GARNAULT.

Deux cas d'affection de l'oreille moyenne compliquée de thrombose et de suppuration du sinus latéral, avec signes de pyémie, traités avec succès, par MAKINS. (*The Lancet*, n° 3536, juin 1891.)

Deux cas de ce genre, l'un aigu avec destruction du tissu osseux de l'apophyse mastoïde, l'autre chronique avec ostéite condensante de cette région, qui présentaient les symptômes indiqués dans ce titre furent traités par Makins. Dans le premier cas, à la suite de symptômes généraux et locaux indiquant l'envahissement des sinus, on fit une large trépanation de l'apophyse mastoïde et on alla à la recherche de la veine jugulaire interne pour la lier; on ne put la rencontrer, mais on put faire pénétrer par la base du crâne, au point qu'elle occupe d'ordinaire, une sonde, puis un drain. L'auteur pense que la veine avait été détruite par la suppuration. Le malade guérit.

Dans le second cas, la trépanation de l'apophyse rendue difficile par l'état de l'os fut faite à plusieurs reprises, et on tomba sur un sinus sigmoïde envahi par le pus. Ce sinus fut ouvert après section préalable de la veine jugulaire interne entre deux ligatures et on maintint un drain dans l'apophyse. Guérison. Makins recommande d'une façon tout à fait particulière, la ligature de la veine jugulaire interne avant toute intervention sur les sinus, dans les cas où ceux-ci sont atteints par l'inflammation purulente. GARNAULT.

Influenza compliquée d'affection de l'oreille dans l'Afrique centrale, par JOHN BOWIE. (*The Lancet*, n° 3541, juillet 1891.)

L'auteur a observé que dans l'épidémie d'influenza qui a

sévi dans l'Afrique centrale, les malades ont été souvent atteints d'affections auriculaires de forme variable. A Blantyre, sur 150 malades, 30 ont été dans ce cas. Le fait est intéressant en raison de l'excessive rareté des affections auriculaires chez les individus qui composent ces peuplades. M. Bowie pense que la raison de cette quasi immunité doit être trouvée dans la rareté des affections de la gorge du catarrhe pharyngien et des amygdalites. Il nous paraît que la sélection peut expliquer aussi la rareté d'une affection qui mettrait ceux qui la portent et qui ont toujours vécu de la vie sauvage dans des conditions d'infériorité telles que l'existence leur serait impossible. GARNAULT.

De l'otorrhée; ses causes, ses conséquences et son traitement, par MARMADUKE. (*The Lancet*, nº 3543, 25 juillet 1891.)

Leçon faite par Marmaduke, assez bien composée et bien présentée, mais dans laquelle on ne trouve rien de bien saillant ni de bien neuf. GARNAULT.

Papillome du repli ary-épiglottique, par SEMON et SCHATTOCK. (*The Lancet*, nº 3534, mai 1891.)

Ces auteurs présentent à la Société pathologique de Londres une pièce anatomique très curieuse. Semon enleva une tumeur diagnostiquée angiome du larynx par Massei, qui semblait partir du sinus piriforme gauche et dont l'aspect justifiait absolument le diagnostic du savant italien. Après l'ablation, on constata qu'il s'agissait d'un papillome complètement entouré par une coque de sang extravasé. Cette observation est très importante, en raison du point d'origine anormal du papillome, de la production d'une hémorrhagie dans une tumeur de ce genre, qui constitue un fait nouveau, et surtout de la formation d'une poche sanguine autour d'une tumeur dont elle dissimulait la nature.

GARNAULT.

Miroirs laryngiens concaves, par RAYNER D. BATTEN. (*The Lancet,* nº 3544, juillet 1891.)

L'auteur a fait construire chez Mayer et Melker (à Londres) des miroirs laryngiens concaves. Il pense que ces miroirs doivent avoir une concavité très faible. Ceux de 7-8 pouces de distance focale lui ont donné les meilleurs résultats. On arrive avec ces instruments à éclairer très vivement le larynx, et on obtient des images amplifiées (1/3 en diamètre). A condition

de n'employer que des instruments à distance focale suffisamment longue les images laryngiennes sont très nettes et ne présentent pas de déformation, mais dans tous les cas les parties inférieures de la trachée et sa bifurcation apparaissent peu distinctes. GARNAULT.

Miroirs laryngiens concaves, par CRESWELL BABER. (*The Lancet*, n° 3543, 25 juillet 1891.)

L'auteur, répondant à une communication faite précédemment dans le même journal par Batten, rappelle que de nombreux auteurs, parmi lesquels Mackenzie, Solis Cohen, Voltolini, Werthenin et Türck, se sont servis déjà de ces instruments, qui furent trouvés bons par les uns, repoussés par les autres.

GARNAULT.

Un cas rare de polype nasal, par MARMADUKE SHEILD. (*The Lancet*, n° 3540, juillet 1891.)

L'auteur eut l'occasion d'enlever à une femme âgée un polype du nez qui lui parut être un polype myxomateux ordinaire et pédiculé; l'ablation fut suivie d'une abondante hémorrhagie; malheureusement l'analyse histologique n'en fut pas faite. La tumeur se régénéra rapidement, les fragments enlevés dans une seconde opération présentaient les caractères d'une tumeur maligne, et dans une troisième intervention, on constata, après avoir ouvert le nez que la tumeur remplissait l'antre et sortait par son orifice. L'auteur fait remarquer que l'on doit avoir toujours l'esprit en éveil lorsqu'on voit sur des malades âgés une tumeur se développer et se régénérer rapidement, et lorsque les opérations que l'on fait sur elle donnent lieu à un écoulement de sang abondant. L'observation serait infiniment plus intéressante si l'on avait fait l'étude histologique du premier fragment enlevé, et si l'auteur avait démontré le rapport qu'il y avait entre ce fragment et la tumeur qui sortait de l'antre. GARNAULT.

Un cas de sarcome sous-parotidien et rétro-pharyngien; opération, guérison, par JAMES WILSON. (*The Lancet*, n° 3539, juin 1891.)

Un malade âgé de 36 ans fut atteint d'une tumeur située dans le rétro-pharynx; il fut opéré après trachéotomie préalable. L'incision fut conduite le long du bord antérieur du sterno-

clido-mastoïdien, la tumeur enlevée, et la guérison suivit bientôt. Le malade, opéré il y a 14 mois, est en bonne santé. GARNAULT.

Un cas d'angine de Ludwig, par ARNALLT JONES. (*The Lancet*, n° 3536, juin 1891.)

Dans un cas d'angine extrêmement grave, l'auteur a obtenu un soulagement très rapide surtout au moyen d'incisions profondes faites dans la région du cou et qu'il considère comme constituant le traitement propre de ces sortes d'angines.

GARNAULT.

Éthérisation dans le croup, par le Dr BETZ. (*The Lancet*, n° 3533, mai 1891.)

Le Dr Betz préconise l'emploi, dans le croup, lorsqu'on ne pourra faire la trachéotomie ou le tubage, d'inhalations composées de 3 parties d'éther sulfurique, de 1 partie d'éther acétique et de 1/10e de menthol. Ces inhalations doivent être intermittentes, renouvelées toutes les demi-heures, pendant six heures environ. GARNAULT.

Traitement des ulcérations de la gorge dans la fièvre scarlatine et la diphtérie par irrigation, par MANNING. (*Lancet*, n° 3530, avril 1891.)

L'auteur fait ces injections dont il a obtenu le meilleur résultat, en poussant dans la gorge avec une seringue de l'eau à 105°F dans laquelle il a mis une quantité qu'il n'indique pas d'acide borique dissous dans la glycérine (4 parties d'acide pour 3 de glycérine). Ces injections agréables à supporter sont très bien acceptées par les enfants. 1,500 cas ont été traités par cette méthode que Manning croit supérieure à toutes les autres.

GARNAULT.

Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx, par GILBERT BARLING. (*The Lancet*, n° 3539, juin 1891.)

Ces lésions sont, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit associées au lupus de la peau; il y a cependant un grand intérêt pratique à les reconnaître, car lorsqu'on traite le lupus de la peau par la tuberculine, on peut se trouver subitement, par suite de la réaction, en présence de troubles aussi graves qu'inattendus du côté de ces organes. L'auteur estime, d'après ces

observations, que la coexistence de lésions lupiques de tous ces organes ou de l'un d'eux avec le lupus de la peau se produit 10 à 20 fois pour 100. Les femmes lui paraissent plus atteintes que les hommes. L'auteur décrit ces lésions lupiques spéciales, moins variables que celles de la peau; elles attaquent le cartilage, mais ne perforent pas les os, progressent lentement, se cicatrisent parfois d'elles-mêmes, mais ne paraissent pas influencées par l'acide lactique ou les toniques généraux. L'hypothèse d'Hutchinson que le lupus serait causé par le froid ne peut être admise pour le lupus des muqueuses. On devrait plutôt songer à une infection par continuité de tissus. Cependant les observations de l'auteur, à part une, sembleraient plaider contre cette manière de voir. Les injections de tuberculine agiraient aussi favorablement sur le lupus des muqueuses que sur le lupus de la peau et déterminent, une réaction analogue à celle de la tuberculose laryngée, bien que la tendance à la nécrose soit moins rapide que dans cette affection. GARNAULT.

Des crises bulbaires de paralysie diphtéritique se présentant chez les enfants, par GUTHRIE. (*The Lancet*, nos 3529 et 3530, avril 1891.)

Le Dr Guthrie appelle l'attention sur des phénomènes paralytiques très graves qui se développent consécutivement à la diphtérie et auxquels il a donné le nom de paralysie bulbaire. Les symptômes, qui se produisent généralement dans la deuxième semaine sont les suivants : tristesse et apathie, nasonnement; respiration irrégulière et ressemblant à un gémissement; toux faible, peu bruyante, avec accumulation de mucus dans les voies aériennes et pouls rapide. La crise consiste en un accès soudain de paralysie des muscles de la déglutition, en aphonie et en dyspnée alarmante. Le diaphragme est souvent paralysé, la salive et le mucus s'accumulent dans les voies aériennes; il y a une élévation soudaine de la température et du nombre des pulsations. Il se produit d'abondants vomissements, à la suite desquels l'état du malade s'améliore souvent; mais les attaques reviennent facilement et la mort peut survenir par épuisement, syncope, thrombose cardiaque et même à la suite de la suffocation. Le Dr Guthrie pense que cet état est produit par une toxhémie qui agit sur les noyaux bulbaires, dans lesquels l'examen histologique n'a montré cependant aucune altération.

Guthrie recommande le repos absolu dans le décubitus dor-

sal, une nourriture abondante et substantielle, les toniques, les stimulants. Pendant les crises, on administrera de la nourriture déjà digérée, au moyen d'un tube introduit soit par la voie nasale, soit par la voie rectale. Guthrie recommande beaucoup les injections hypodermiques de strychnine et d'atropine, et fait remarquer que la teinture de belladone est inactive. On doit entourer les malades des soins les plus assidus, et ne pas leur permettre de se lever pendant les six premières semaines qui suivent l'apparition des symptômes de paralysie. GARNAULT.

Injections de strychnine dans la paralysie diphtéritique, par ROZENZ. (*The Lancet*, n° 3532, mai 1891.)

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats dans les paralysies du voile du palais consécutives à la diphtérie, par des injections hypodermiques de strychnine, à la dose de 2 ou 3 milligrammes faites quotidiennement dans la région du cou. GARNAULT.

Note sur un cas heureux d'œsophagotomie pour enlever un dentier encastré dans l'œsophage depuis cinq ans et neuf mois, par WILLOUGHBY FURNER. (*The Lancet*, n° 3531, 1891.)

Ce cas présente de l'intérêt en raison de la nature du corps étranger, et surtout en raison de la date éloignée de l'accident.

GARNAULT.

Valeur de la langue au point de vue de la respiration, par ELBOROUGH SCATLIFF. (*The Lancet*, n° 3534, mai 1891.)

L'auteur recommande, lorsqu'il fait froid, de respirer par la bouche en même temps que par le nez. Il faut préalablement relever la langue de telle sorte que l'air, passant par cet espace rétréci, se charge d'humidité, tandis que sa température s'élève. On évite ainsi le passage d'une trop grande masse d'air froid par les fosses nasales et les inconvénients qui en peuvent résulter. GARNAULT.

La valeur de la langue dans la respiration, par SMITH. (*The Lancet*, n° 3535, mai 1891.)

L'auteur s'élève contre l'opinion émise dernièrement dans *The Lancet* par Elborough Scatliff sur le rôle de la langue dans la respiration. Il s'appuie sur les nombreuses recherches physiologiques qui ont été faites, sur ses études pathologiques et

sur ce qui se passe chez les animaux, pour affirmer que le nez est la véritable voie par laquelle l'air doit pénétrer dans la respiration. GARNAULT.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE et AUTRICHE

Nez.

De la rhinoplastie, par Becsi (*Int. klin. Rundschau*, 19 mai 1890).

Traitement des affections du nez par l'aristol, par Hughes (*Deuts. med. Woch.*, 8 mai 1890).

Aristol dans le traitement de la syphilis naso-pharyngienne, par Schuster (*Monats. f. Dermat.*, n° 6, 1890).

Empyème de l'antre d'Highmore. Relation de 26 cas observés à la clinique du Dr Michelson, de Kœnigsberg, par Calman Bloch (*Dissert. inaug. Kœnigsberg*, 1890).

Ueber einen Fall von Rhinoplastik mittelst eines ohne Umklappung herabgezogenen Hautknochenlappens. Un cas de rhinoplastie, par J. Wolff (*Berl. klin. Woch.*, 16 et 23 juin 1890).

Ueber ein Befestigungsinstrument für das Voltolinische Nasenspeculum Instrument pour maintenir le spéculum nasal de Voltolini, par T.-S. Flatau (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin 1890).

L'emploi de la pyoctanine dans le traitement des maladies du nez et du pharynx, par M. Bresgen (in *Deuts. med. Woch.*, n° 24, 1890; in Sect. de lar. du congrès de Berlin, août 1890).

Die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. Les scolioses de la cloison nasale et leur traitement, par L. Réthi (*Wiener klin. Woch.*, 3, 17, 24et 30 juillet 1890).

Ueber Verkrümmung der Wirbelsaule bei obstruirenden Nasenleiden. Des déviations de la colonne vertébrale dans les obstructions nasales, par C. Ziem (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, mai 1890).

Thérapeutique de l'ozène, par W. Meyjes (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1890).

Knollige Hypertrophie der Nasenhaut. Hypertrophie tuberculeuse de la membrane pituitaire, par Weinlechner (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 27 juin ; in *All. Wiener med. Zeit.*, 8 juillet 1890).

Polype nasal chez un enfant de moins d'un an, par Heymann (*Soc. de laryng. de Berlin;* in *Deutsch. med. Zeit.*, 23 juillet 1890).

Sarcome naso-pharyngien, par Heymann et B. Frænkel (*Soc. de laryng. de Berlin* ; in *Deutsch. med. Zeit.*, juillet 1890).

Sur une nouvelle méthode de redressement de la cloison, par Sandmann (*Soc. de laryng. de Berlin*; in *Deutsch. med. Zeit.*, 14 juillet 1890).

De l'ulcère perforant de la cloison nasale. Etude anatomique et clinique, par Hajek (*Int. klin. Rundsch.*, 22 juin 1890).

Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore, par G. Schütz (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, juillet, août, septembre et novembre 1890).

Ueber den Nachweis der Naseneiterung im Allgemeinen Bemerkungen über die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit. De la nature de l'inflammation nasale en général. Remarques sur la maladie de Tornwaldt, par C. Ziem (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, juillet 1890).

Traitement de l'ozène simple par l'aristol, par Löwenstein (*Int. klin. Rundschau*, n° 20, 1890).

Fentes sagittales de l'extrémité postérieure des deux cornets inférieurs, par J. Killian (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, août 1890).

Rhinite atrophique, par Seifert (Sect. de laryng. du congrès internat. de Berlin, août 1890).

De l'ozène, par M. Berliner (Section de laryng.congrès internat. de Berlin, août 1890).

Etiologie de l'ozène, par G. Rosenfeld (Sect. de laryng. congrès internat de Berlin, août 1890).

Valeur de l'éclairage par transparence pour le diagnostic de l'empyème des sinus frontaux et de l'antre d'Highmore, par Vohsen (Sect. de laryng. et rinol. congrès internat. de Berlin ; in *Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Préparations de tumeurs de l'antre d'Highmore, par Heymann (Section de laryng. et rhinol. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Déviations et crêtes de la cloison nasale, par E.-J. Moure et A. Hartmann (Section de lar. et rhinol. congrès de Berlin, août 1890).

Abcès de la cloison nasale. avec déformation consécutive du nez, par A. Gouguenheim (Sect. de lar. et rhin., congrès de Berlin, août 1890).

Causes de perforation de la cloison nasale, par Tœplitz (Sect. de lar. et rhinol. congrès de Berlin, août 1890).

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par Luc et Dubief (Section de méd. intern., congrès de Berlin, août 1890).

Hystérie nasale, par Marcel (Congrès internat. de méd. de Berlin, août 1890).

Mélanosarcome du nez, par Michael (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

Application des méthodes aseptique et antiseptique à la chirurgie nasale, par Rœ (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

Instruments pour opérer les déviations de la cloison nasale, par W. Chapman Jarvis (Sect. de lar. congrès de Berlin, 1890).

Les végétations adénoïdes, par Brébion (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

A propos de l'éclairage de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 8 septembre 1890).

Sur le massage local de la membrane muqueuse du nez de l'arrière-cavité des fosses nasale et du pharynx, par M. Braun (Sect. de lar. du congrès de Berlin, août 1890).

Diagnostic et traitement des affections des cavités voisines du nez, par Mac Bride, traduction allemande de O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 18 septembre 1890).

Anatomie normale et pathologique du nez, par A. Hartmann (Atlas de 12 planches photographiques chez Fischer, *Berlin*, 1890).

De l'empyème du sinus maxillaire, par Wiele (*Corresp. Blatt. d. Sächs. Ærtzl. Kreis. un. Bezirk.*, n° 11, 1890).

De l'eczéma du nez, par Troplowitz (*Dissert. inaug. Wurzbourg*, 1890).

Etude du rhinosclérome, par Lutz (*Monats. f. prakt. Derm.*, n° 2, 1890).

Un cas rare de malformation du nez, recherches sur les déviations nasales, par Landow (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, n° 6, 1890).

Nouvelles communications sur l'emploi de la pyoctanine (Methyl violet) pour le traitement des affections du nez et de la gorge, par M. Bresgen (*Therap. Monatshefte*, octobre 1890).

Wie ist der, besonders bei Schulkindern, infolge gewisser Nasen und Rachenkrankheiten beobachteten Gedanken und Geisteschwäche am besten und wirks amsten entgegenzutreten? Quel est en particulier chez les enfants des écoles le meilleur moyen de remédier à la faiblesse de mémoire et d'esprit qui survient à la suite d'affections nasales et pharyngées. Réponse de M. Bresgen (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege*, nr 10, 1890).

Contributions à la thérapeutique des maladies, du nez, du pharynx et du larynx, par E. Lõri (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 4 novembre 1890).

Ueber den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen mit dem Subarachnoidealraum. Sur la relation des voies lymphatiques nasales avec l'espace sous-arachnoïdien, par T. S. Flatau (*Deutsch. med. Woch.*, n° 44, 1890).

Sur la tuberculose de la muqueuse nasale, par Fr. Hahn (*Deutsch. med. Woch.*, n° 23, 1890).

Zur Frage der Durchleuchtung der Oberkieferhöhle bei Empyem. derselben. De la question de l'éclairage de l'antre d'Highmore en cas d'empyème, par Srebrny (*Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Relations entre le bégayement et les affections nasales, par E. Winckler (*Wiener med. Woch.*, nos 43 et 44, 1890).

Méthode simple pour l'extirpation des polypes du nez, par C. Flatt (*Wiener med. Presse*, n° 46, 1890).

Un cas de dermatomyômes multiples du nez, par H. Hess (*Virchow's Archiv*, Bd 120, 1890).

Coïncidences des affections nerveuses avec les maladies du nez, par Onodi (*Int. klin. Rundschau*, 12 octobre 1890).

Etiologie et pathologie du rhinosclérome, par A. Pawlowsky (*Prager med. Woch.*, n° 46, 1890).

Diagnostic et traitement des affections des sinus du nez à l'exception du sinus maxillaire, par M. Schæffer (*Deutsch. med. Woch.*, 9 octobre 1890).

Des abcès de la cloison nasale chez les enfants, par Schæffer (*Int. klin. Runds.*, 9 novembre 1890).

Diagnostic et traitement des affections des sinus du nez, par Schech (Congrès de Berlin; in *Münch. med. Woch.*, 14 octobre 1890).

Ueber Vibrationsmassage der Nasen und Rachenhöhlen Schleimhaut. Du massage vibratoire de la muqueuse des cavités nasale et pharyngée, par E. Höffinger (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 2, 9 et 16 décembre 1890).

Une méthode simple pour l'ablation des polypes du nez, par Kurz (*Wiener med. Presse*, n° 44, 1890).

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Le traitement sec du nez et des cavités voisines, par M. Bresgen (*Berl. klin. Woch.*, 29 septembre 1890).

Casuistique du papillome dur du nez, par M. Kahn (*Wiener klin. Woch.*, 4 décembre 1890).

L'acide trichloracétique contre les affections du nez et du pharynx, par L. Réthi (*Wiener med. Presse*, 26 octobre 1890).

Précautions à observer dans les cautérisations intra-nasales et pharyngées, par A. Maggiora et G. Gradenigo (*Centr. f. Bakter. u. Parasitenk.*, 13 novembre 1890).

Das Ulcus septum nasi perforans. L'ulcère perforant de la cloison du nez, par J. Dietrich (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, novembre 1890).

Ueber den Zusammenhang gewisser Hals und Nasenleiden mit Stottern. De la relation des affections certaines de la gorge et du nez avec le bégayement, par R. Kafemann (*Med. pädag. Monatschr. f. die gesammte Sprachheilkunde*, janvier 1890).

Ueber Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung, ohne Präliminarope-

ration. Sur les polypes naso-pharyngiens et leur traitement sans opération préliminaire, par M. Migge (*Dissertation inaug. Kœnigsberg*, 1891).

Zur Kenntniss des Baues der Regio olfactoria. Sur la connaissance de la structure de la région olfactive, par S.-S. Preobraschensky (*Wiener klin. Woch.*, 12 février 1590).

Un cas de lupus du nez, de la muqueuse et du veile du palais, de la gencive et de la langue, traité par la méthode de Koch, par H. Krause (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 16 février 1891).

Sur l'aprosexie nasale, par Seifert (*Phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1er janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 12 mars 1891).

Heilung eines grossen « typischen » Nasenrachenpolypen. Guérison d'un polype naso-pharyngien typique de grande taille, par Hansberg (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, février et mars 1891).

De la pyoctanine dans les suppurations des sinus frontaux, par Cholewa (*Therap. Monatsh.*, mars 1891).

Embryons d'oxyures dans le nez, par Proskauer (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Respiration par le nez et par la bouche, par R. Kayser (*Archiv. f. gesammte Physiol.*, v. LVII, p. 543).

Ueber einen Fall von Rhinoplastik bei Sattelnase. Sur un cas de rhinoplastie pour le nez en selle, par J. Wolff (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin.*, 8 décembre 1890 : in *Berl. klin. Woch.*, 20 avril 1891).

Extraction einer abgebrochenen Irrigationscanule aus der Kieferhöhle. Extraction d'une sonde à irrigation brisée de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1891).

Opération de polypes naso-pharyngiens, par Baracz (*Centralblatt. f. Chir.*, 18 avril 1891).

Ein neuer Meissel und neue scharfe Löffel für die Nase, sowie ein neues Tretgebläse mit Luftreinigungskapsel. Un nouveau ciseau et une nouvelle cuiller tranchante pour le nez, ainsi qu'une nouvelle pédale avec une capsule pour purifier l'air, par M. Bresgen (*Deuts. med. Woch.*, n° 16, 1891).

Ueber das Näseln. Sur le nasillement, par A. Gutzmann (*Med. Pädag. Monatschr. f. d. gesam. Sprachheilk.*, mai 1891).

Ueber kystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. Sur la transformation cystopneumatique du cornet moyen, par H. Zwillinger *Wiener klin. Woch.*, 7 mai 1891).

Présentation d'un cas de lupus des deux ailes du nez, par Herzfeld (*Berl. med. Gesellsch.*, 15 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 11 mai 1891).

Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel. Un cas de partage en deux de la partie antérieure du cornet moyen, par W.-P. Meyjes (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mars 1891).

Cas de parosmie, par A. Onodi (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mars 1891).

Pharynx et Varia.

Kurze Mittheilung über die Wirkung des Bromoforms bei Keuchhusten. Courte note sur l'action du bromoforme dans la coqueluche, par H. Löwenthal (*Berl. klin. Woch.*, 9 juin 1890).

La résorcine dans la diphtérie, par Andeer (*Allg. med. cent. Zeit.*, 7 juin 1890).

Gaumenhalter mit elastischem Zug. Relève-luette avec un tirant élastique, par Hopmann (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mai 1890)

Bericht über chinesiche Behandlungsweise der Halsdiphtheritis von A. G. Worderman. Exposé du traitement chinois de la diphtérie pharyngée, d'après A.-G. Worderman, par O. Liebreich (*Therap. Monatshefte*, juin 1890).

Sarcome de la voûte palatine, par Landgraf (*Soc. de laryng. de Berlin*, mai 1890).

Jahres-Bericht über Dr P. Michelson's Ambulatorium für Hals, Nasen und Hautkranke. Rapport sur la consultation externe des maladies du cou, du nez et de la peau, du Dr Michelson, de Kœnigsberg, du 1er mai 1889 au 1er mai 1890 (Imp. Erlatis, Kœnigsberg, 1890).

Prophylaxie de la diphtérie, par Roux et Caillé (Congrès intern. de Berlin, août 1890).

Physiologie pathologique du corps thyroïde, par Biondi (Sect. de chirurgie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Le traitement de la diphtérie en Amérique, par Jacobi (Congrès int. de Berlin, août 1890).

La diphtérie en Danemark, par J. Carlsen (Congrès internat. de Berlin, août 1890).

Des altérations histologiques des organes dans la diphtérie, par Babes (Section de pathol. gén. et anat. pathol. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Deux cas de tumeurs anormales du pharynx, par Capart (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et son traitement, par W. Medernach (*Dissert. inaug.*, *Strasbourg*, 1890).

Welche Massregeln erscheinen gegen die Verbreitung der Diphterie geboten? Quelles sont les mesures prophylactiques à prendre contre la diphtérie? par F. Lœffler (Sect. d'hygiène du congrès de Berlin; in *Berl. klin. Woch.*, 29 septembre et 6 octobre 1890).

Exfoliation superficielle de la langue, par Michelson (*Verein f. wissensch. Heilkunde, Königsberg*, 2 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Symptomatologie de la maladie de Basedow, par Kast (*Wandersammlung der südwestdeutschen Neurologien und Irrenärzte, Baden-Baden*, 8 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la diphtérie, par Klein (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

Remarques sur le travail de Klein sur l'étiologie de la diphtérie, par Lœffler (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

De l'autoplastie des fentes et fissures du voile du palais sans suture des muscles, par Wolff (*Cent. f. Chir.*, 21 juin 1890).

Remarques sur le travail de Pœlchen sur l'anatomie de la muqueuse pharyngienne, par C. Ziem (*Arch. f. path. Anat.*, n° 3, 1890).

De l'inflammation aiguë de la bourse pharyngée, par Zwillinger (*Pester. med. Presse*, n° 10, 1890).

Procédé d'uranoplastie par abaissement et rotation de la cloison nasale, par Sabatier (Section de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Nouveau procédé d'extirpation de la langue, par Rubio (Section de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Distribution et traitement du goitre en Suède, par Rosander (Sect. de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Anatomie chirurgicale et pathologique du goitre, par A Wölfler (*Archiv f. klin. Chir. von Langenbeck*, fasc. 2, 1890).

Le cancer de la langue à la clinique chirurgicale de Heidelberg, de 1878 à 1888, par A. Steiner (*Beiträge z. klin. Chir. von Bruns, Czerny, Kronlein und Socin*, fasc. 3, 1890).

Les opérations pour goitre à la clinique chirurgicale de Heidelberg, de 1878 à 1888, par L. Hochgesand (*Beiträge z. klin. Chir. von Bruns, etc.*, fasc. 3, 1890).

Menthol dans la diphtérie, par Wolf (*Therap. Monatshefte*, septembre 1890).

Cancer du pharynx, Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Mort au bout de neuf mois sans récidive, par B. Laquer (*Berl. klin. Woch.*, 27 octobre 1890).

Ein Apparat zur Narkose bei eröffneten Luftwegen. Un appareil pour

la narcose des voies aériennes ouvertes, par J. Winter (*Wiener klin. Woch.*, 6 novembre 1890).

Ueber einige selteneren Zungenkrankheiten. Sur quelques formes rares d'affections de la langue, par P. Michelson (*Berl. klin, Woch.*, 17, 24 novembre et 1er décembre 1890).

Knöcherne Hervorwölbung der hinteren Rachenwand. De la voussure osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par Zodek (*Berl. med. Gesellsch.*, 29 octobre ; in *Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Ueber benigne Pharynxgeschwüre. Des ulcérations bénignes du pharynx, par T. Heryng (*Int. klin. Rundschau*, 19 octobre 1890).

Maladie de Basedow consécutive à l'influenza, par Colley (*Greifswalder med. Verein.*, 1er novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

Ueber plötzlichen Tod nach Diphtherie. De la mort subite après la diphtérie, par Pumplun (*Greifswalder med. Verein*, 1er novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

Ein Fall von Lordose der Halswirbelsaüle. Un cas de lordose de la colonne vertébrale cervicale, par P. Heymann (*Berl. klin. Woch.*, 24 novembre 1890).

Recherches sur l'immunité dans la diphtérie, par Carl Frænkel (*Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1890).

Ein Fall von Braunfärbung der Hautnach längeren Arsengebrauch bei Basedow'scher Krankheiten Un cas de coloration brune de la peau à la suite de l'usage prolongé de l'arsenic dans la maladie de Basedow, par R. Förster (*Berl. klin. Woch.*, 8 décembre 1890).

De l'immunité dans la diphtérie et le tétanos, par Behring et Kitasato (*Deutsch. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Un cas d'actynomicosa sublinguale, par Habart (*Soc. I. R. des méd. militaires de la garnison de Vienne*, séance du 23 novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 18 décembre 1890).

Lymphadénite rétro-pharyngée guérie par la trachéotomie, par Bokai (*Pester. med. chir. Presse*, n° 43, 1890).

Versuche über die Erreichbarkeit der Halswirbel von der Mundhöhle aus. Recherches sur la possibilité d'atteindre la vertèbre cervicale par la cavité buccale, par C. Demme (Librairie G. Schade, *Berlin*, 1891).

Thérapeutique de la diphtérie, par Lœffler (*Greifswalder med. Verein*, 10 janvier ; in *Wiener klin. Woch.*, 12 février 1891).

Recherches sur le bacille de la diphtérie, par Babes (*Virchow's Archiv*, Bd 119, h. 3).

Die hypertrophie der Zungentonsille, und ihre Behandlung. L'hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement, par M. Schæde (*Berl. klin. Woch.*, 30 mars 1891).

Recherches sur la diphtérie des pigeons, par Babes et Puscarin (*Zeitschr. f. Hygiene*, VIII, n° 3).

Recherches sur la diphtérie, par F. Tangl (*Centr. Blatt. für allg. path.*, 1er décembre 1890).

Ueber einen Fall von Extirpation eines primären Carcinoms der Tonsille. Sur un cas d'extirpation de cancer primitif de l'amygdale, par Wolff (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin.*, 8 décembre 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 20 avril 1891).

Technique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par A. Aplavis (*Langenbeck's Archiv f. klin. Chir.*, t. XLI, fasc. 1, 2, p. 321).

Sur les toxalbumines extraites du bacille diphtéritique, par Wassermann et Proskauer (*Deutsch. med. Woch.*, 23 avril 1891).

Du phlegmon aigu infectieux du pharynx, par J. Samter (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Présentation d'une préparation d'extirpation du pharynx, par W. Kœrte (*Freie Vereinigung der Chir. Berlin.*, 8 décembre 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Traitement de la diphtérie, par A. Pulawski (*Berl. klin. Woch.*, 25 mai 1891).

Contribution à l'étude de la pathologie de la langue, par M. Joseph (*Deuts. med. Woch.*, 30 avril 1891).

Complications rares de la diphtérie, par Hahn (*Deutsch. med. Woch.*, n° 21, 1891).

Sur les paralysies diphtéritiques, par Hochhans (*Virchow's Archiv*, p. 226, 1891).

Sur le poison diphtéritique et sur son mécanisme d'action, par Œrtel (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1891).

Enuresis nocturna bei Mundathmern. Incontinence d'urine nocturne chez les sujets respirant par la bouche, par O. Kœrner (*Centralblatt. f. klin. Med.*, 6 juin 1891).

Contribution à la pathologie de l'œsophage, par Leichtenstern (*Deutsch. med. Woch.*, n°s 14 et 15, 1891).

NOUVELLES

Par décret présidentiel du 4 septembre, le Dr Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, directeur des *Annales*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'American Laryngological Association s'est réunie à Washington le 22 septembre 1891. Voici la liste des communications annoncées :

1. Discours du président W.-E. Glasgow. — 2. Un cas de thyrotomie chez un enfant de 18 mois, par Clinton Wagner, de New York. — 3. Quelques modes d'emploi de la pyoctanine dans les affections des voies aériennes supérieures, par R. P. Lyncoln, de New York. — 4. Troubles causés par l'enveloppement de l'épiglotte, et l'utilité de réduire le volume de ce cartilage par une opération, par C.-C. Rice, de New York. — 5. Traitement de la laryngite tuberculeuse, par D. Bryson Delavan, de New York. — 6. Différentes formes d'affections des cellules ethmoïdales, par F.-H. Bosworth, de New York. — 7. Un cas d'épithélioma du larynx, par M.-J. Asch, de New York. — 8. Déductions utiles tirées de l'étude d'un cas de rétrécissement cicatriciel du larynx, présentant une forme clinique inusitée avec présentation du cas, par W.-C. Jarvis, de New York. — 9. Papillomes du nez, par J. Wright, de Brooklyn. —

10. Un cas de corps étranger de la trachée, par W.-C. Glasgow, de Saint-Louis, Mo. — 11. L'amygdale à l'état normal et pathologique, par Harrison Allen, de Philadelphie. — 12. Observations sur la paralysie des tenseurs externes des cordes vocales, par G.-W. Major, de Montréal. — 13. Les néoplasmes laryngo-trachéaux de la tuberculose, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — 14. Résultat du traitement des affections des voies aériennes sur l'asthme, par F.-H. Bosworth, de New York. — 15. Étude d'un cas de tuberculose nasale, par E.-L. Shurly, de Détroit. — 16. Kyste du cornet moyen, par C.-H. Knight, de New York. — 17. Symptômes et modifications pathologiques des voies aériennes supérieures dans l'influenza, par J. Solis Cohen, de Philadelphie. — 18. Relation des troubles de la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures avec les troubles constitutionnels, par Beverley Robinson, de New York.

L'Association médicale italienne a tenu son XIV[e] Congrès à Sienne, du 16 au 21 août 1891 ; nous relevons dans son programme les communications intéressant les lecteurs des *Annales :*

De l'angine érysipélateuse aiguë, épidémique et contagieuse à streptocoque, par C. Bernabei, de Rome. — Étiologie du croup primitif, par L. Concetti et F. Egidi, de Rome (partie clinique, par Egidi; partie bactériologique et statistique, par Concetti. — I. La technique chirurgicale et les instruments employés pour les lésions des sinus du nez (maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux). — II. Nouvelle contribution à la pathologie et à la chirurgie de la mastoïde provenant d'affections suppuratives de l'oreille. — III. Cas très rare de cholestéatome de l'antre mastoïdien opéré heureusement par la voie du conduit auditif. — IV. Véritable technique curative pour la diphtérie

des voies respiratoires et principes scientifiques, pratiques et cliniques, sur lesquels elle est fondée, par V. Cozzolino, de Naples. — Contribution au traitement de l'otite moyenne purulente chronique, par V. Grazzi, de Florence. — Sur la ressemblauce de la syphilis et de la tuberculose laryngée, par A. Fasano, de Naples. — Le massage dans quelques affections de la gorge, par O. Masini, de Gênes. — I. Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques (présentation de tous les appareils, leurs modifications, technique opératoire). — II. 60 intubations du larynx pour le croup, comme contribution à la statistique, par Egidi, de Rome. — I. Effets de la lymphe de Koch sur le larynx. — II. Physio-pathologie des muscles laryngiens. — A propos des centres corticaux laryngés. — IV. Vertige de Ménière, par G. Masini, de Gênes. — I. Sur les ulcérations pharyngées de Heryng. — II. La méthode de Liebreich, par P. Masucci, de Naples. — A propos des centres moteurs corticaux laryngés, par C. Poli et G. Masini, de Gênes. — I. Syphilis gommeuse du larynx. — II. Opération intra-tympanique, par C. Poli, de Gênes.

A l'issue de la session, la fondation d'une *Société italienne de laryngologie* a été décidée. La première réunion se tiendra à Rome en octobre 1892.

Parmi les communications inscrites au programme de la 64e *réunion des naturalistes et médecins allemands tenue à Halle-s.-S.* en septembre 1891, nous citerons :

Section des maladies d'enfants. — Rapport général sur le traitement de la diphtérie accompagnée de sténose laryngée, par Ranke, de Munich. — Les résultats de l'intubation, par Bokaï, de Budapest.

Section de neurologie et psychiatrie. — Anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par Mendel, de Berlin.

Section d'otologie. — Sur l'accord de la réaction galvanique de l'œil et de l'oreille, par W. Kiesselbach, d'Erlangen. — Sur le danger de la ponction exploratrice du cerveau dans la pachyméningite purulente externe, par Zaufal, de Prague. — Affections de l'oreille moyenne, consécutives au lupus du nez, par O. Brieger, de Breslau. — Communication de J. Gruber, de Vienne. — Nouvelles communications sur le dégagement opératoire de la cavité de l'oreille moyenne par le décollement du pavillon, par Stache, d'Erfurt. — Communication de Reinhard, de Duisburg. — Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne guéri par une opération, par Truckenbrod, de Hambourg. — Présentation de préparations microscopiques du labyrinthe des sourds-muets, par Katz, de Berlin.

Section de laryngologie et rhinologie. — Formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. Chiari, de Vienne. — Communication de Schnitzler, de Vienne. — Sur l'*ansaugen* des ailes du nez, avec présentation d'une dilatation nasale observée par Feldbausch, par Moritz Schmidt, de Francfort-sur-Mein. — Communication de Seifert, de Würzbourg. — Sur l'emploi de diverses couleurs d'aniline pour le nez, la bouche, l'oreille, par M. Bresgen, de Francfort-sur-Mein. — Enlèvement de la canule et traitement des sténoses du larynx après la trachéotomie chez les enfants, par Thost, de Hambourg. — I. Traitement électrolytique du catarrhe congestif du nez. — II. Traitement de la rhinite atrophique fétide, par Flatau, de Berlin. — Communication de Michelson, de Kœnigsberg. — Traitement de la pachydermie laryngée, par Scheinmann, de Berlin.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Tuberculöse larynx geschwüre. Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. Avellis. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, nos 32 et 33, 1891.)

On aprosexia and headache in school-children. (Aprosexie et mal de tête chez les enfants des écoles), par Guye. (Communication lue à la IVe section du 7e Congrès international d'hygiène et démographie, Londres, août 1891.)

Estudios clinicos sobre laryngología, otología y rinología su práctica y enseñanza actual en Europa. (Études cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, leur pratique et leur enseignement actuel en Europe, par R. Botey. (Extrait de la *Revista y méd. y cirurgia prácticas*, Madrid, 1891.)

I. A contribution to the morphology of the human auricle. (Contribution à la morphologie du pavillon de l'oreille chez l'homme.) — II. Diagnosis, prognosis and treatment of the progressive deafness in chronic non suppurative inflammation of the middle ear. (Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans les inflammations chroniques non suppuratives de l'oreille moyenne, par G. Gradenigo. (Extraits des *Archives of otology*, nº 3, 1891.)

Bulletin de la Société de médecine de Rouen (2ᵉ série, vol. IV, Rouen, 1891.)

17th annual Report of the Central London Throat, Nose and Ear Hospital. (Londres, 1891.)

A proposito di una Società italiana di otologia. Laringologia e rinologia. Lettre du professeur V. Cozzolino au directeur du *Bollettino delle malattie dell' orecchio, gola e naso.* (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio*, etc., nº 8, 1891.)

D'une forme particulière de vertige auriculaire, par Lœwenberg. (Extrait du *Bulletin méd.*, 26 et 30 août 1891.)

Ueber Cystenbildung in Stimmband Polypen. (Sur la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. Chiari. (Communication faite à la 64ᵉ réunion de la Société des naturalistes et médecins allemands à Halle-s.-S., septembre 1891.)

Sulle alterazione motorie del laringe d'origine nevropatica. (Sur les altérations motrices du larynx d'origine névropathique, par A. d'Aguanno. (Un vol. de 95 pages; typog. G. et S. Zappulla, Palerme, 1891.)

Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs, par E. Nicaise. (Extrait de la *Revue de chir.*, août 1891.)

Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel. (Sur les anomalies de forme du pavillon de l'oreille). Étude anthropologique, par G. Gradenigo. (Tirage à part des *Archiv f. Ohrenh.*, Bd XXXIII, 1891.)

De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau par O. Laurent. (Un vol. de 136 pages; H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1891.)

Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynx Affectionen. (Sur l'influence de la trachéotomie sur les affections du larynx, par A. KUTTNER. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 35, 1891.)

Ueber die locale Anwendung der Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationem. (Sur l'application locale de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par A. KUTTNER, (Tirage à part des *Therap. Monatshefte*, juin 1891.)

Un caso di rinite cosidetta caseosa o coleste atomatosa. Étude critique, par G. STRAZZA. (Extra du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, n° 8, 1891.)

La diagnosi e la cura dell' antro d'Highmoro, par G. STRAZZA. Extrait de la *Gazz. med. Lombarda*, 1891.)

Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftrœhre, der Nase und des Rachens. (Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx), par le professeur L. SCHRŒTTER. (Fascicules IV et V, W. BRAUMULLER, éditeur, Vienne, 1889 et 1891).

Higiene del oído. (Hygiène de l'oreille), par V. COZZOLINO. Traduction espagnole de R. BOTEY. (Un vol. de 64 pages; typog. *la Academia*, Barcelone, 1891.)

L'intubation du larynx chez les adultes, par F. MASSEI. (Extrait de la *Rev. de lar. otol. et rhin.*, n° 14, 1891.)

Rendiconto sommario delle malattie d'orecchio, naso, gola e laringe osservate e curate del Dr G. FICANO. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, n° 7, 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et laryngologie (fasc. 2, DELAHAYE et LECROSNIER, éditeurs, Paris, 1891.)

Sulle laringo-stenosi d'origine nevropatica, par A. D'AGUANNO. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso,* n° 8, 1891.)

Annual of the universal medical sciences, publié par C.-E. SAJOUS. (5 vol. in-8°; F.-A. DAVIS, éditeur, Philadelphie, 1891.) — Prix : 5 livres sterling.

Ueber nerven atrophie in Ohre. (Sur l'atrophie des nerfs de l'oreille interne), par HABERMANN. (Tirage à part du *Zeitschr. f. Heilk.*, Berlin, 1891.)

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehœrsanomalien. (Un cas de névrose de la peur avec anomalies de l'ouïe, par C.-S. FREUND et R. KAYSER. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 31, 1891.)

Bericht über die in Kalenderjahre 1890 in der professeur GOTTSTEIN' schen privat Poliklinik für Hals, Nasen und Ohren-Krankheiten behandelten Krankeitsfälle. (Rapport sur les affections de la gorge, du nez et de l'oreille, traitées pendant l'année 1890 à la policlinique privée du professeur GOTTSTEIN). (Tirage à part du *Monatschr. f. Ohr.*, etc., n° 16, 1891.)

Phtisie laryngée. Revue générale, par H. CUVILLIER. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 septembre 1891.)

Ueber die Erkrankungen der sogenannten Bursa pharyngea. (Affections de la bourse pharyngée), par O. CHIARI. (Tirage à part de la *Wiener klin Woch.*, n° 40, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 62.10.91.

Novembre 1891. — N° 11.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

AVIS

Nous avons le plaisir d'informer les lecteurs des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, **qu'à partir du 1er janvier 1892, nous partagerons la direction de ce journal avec le Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris.**

Il nous semble inutile de signaler à nos lecteurs la compétence spéciale de notre codirecteur dont les travaux sont bien connus de tous en France et à l'étranger.

I

L'OTITE GRIPPALE, OBSERVÉE A PARIS EN 1891,

par le Dr **LŒWENBERG** (1)

(Avec deux figures dessinées d'après nature par l'auteur.)

Si l'épidémie d'influenza qui a envahi la presque totalité du globe en 1889-1890 a surpris le monde médical par ses déplorables ravages, par l'immense proportion des personnes atteintes et par ses nombreuses complications, elle n'a pas moins intrigué les membres de notre profession, par le caractère particulier qu'elle a imprimé à beaucoup d'affections connues et banales. La marche de ces maladies, leur durée, leurs terminaisons et leurs conséquences, tout cela a paru

(1) Envoyé au deuxième Congrès des médecins et chirurgiens américains (tenu à Washington, septembre 1891).

maintes fois bizarre et insolite quand c'était la grippe qui les déterminait ou qui venait les compliquer, en leur communiquant souvent une gravité particulière.

Parmi les affections qui se sont greffées sur l'influenza à cette époque, l'otite moyenne aiguë n'a pas joué le rôle le moins important. Déjà, dans ma première communication sur ce sujet (1) qui a été suivie d'un nombre considérable de travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, concernant la même matière, j'avais fait ressortir l'énorme proportion des cas d'otite moyenne aiguë observés pendant la grande épidémie de grippe. J'avais exposé les caractères particuliers que l'affection auriculaire a montrés à cette époque. J'ai, depuis, complété cette étude dans un autre mémoire (2).

En comparant ce que j'ai observé avec ce que d'autres auteurs ont vu, il semble que la grippe a revêtu l'otite moyenne d'un caractère différent en France, dans l'est et le nord de l'Europe, et même dans des pays aussi rapprochés de nous que la Belgique et la Suisse. Autour de nos frontières, on a vu prédominer une forme d'affection auriculaire jusque-là tout à fait exceptionnelle : l'otite moyenne et la myringite hémorrhagiques. En France, par contre, celles-ci n'ont été observées que rarement. Je n'en avais vu qu'un seul cas (II, p. 169). Comme cette forme constitue, sans aucun doute, une espèce grave de ces inflammations, on ne sera nullement étonné d'apprendre que l'otite grippale a présenté, hors de France, un nombre plus considérable de cas sérieux que dans ce pays-ci, au point qu'à l'étranger la trépanation de l'apophyse mastoïde a dû être faite très fréquemment. D'après les publications de mes confrères français, ceux-ci ont eu à recourir à ce moyen extrême dans une proportion de cas beaucoup moindre. Quant à ma pratique personnelle, je n'ai eu besoin de faire la trépanation dans aucun cas, fait que j'attribue à deux raisons :

(1) I. B. Lœwenberg. Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza. (*Bulletin médical* du 8 janvier 1890.)

(2) II. B. Lœwenberg. Les affections de l'oreille dans la grippe. Communication faite à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. (Séance du 22 janvier 1890. Reproduit dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* de février 1890.)

D'abord, dans le grand nombre d'otites grippales que j'ai eu à soigner, la proportion des complications mastoïdiennes a été très restreinte. D'autre part, j'ai depuis plus de douze ans adopté le principe d'épuiser toutes les ressources d'une thérapeutique relativement douce, comme les larges débridements de la membrane du tympan, les insufflations d'air fréquentes et le riche arsenal de l'antisepsie avant de recourir à la trépanation.

J'ai été le premier à proposer ce *modus faciendi* et à réagir contre ce que je considère comme un abus, et j'ai développé mes idées sur ce sujet au Congrès otologique international (Bâle, 1884) (1), et au premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1885) (2). Je n'insiste donc pas davantage sur ce point, mais je suis forcé de déclarer que, malgré le désaccord dans lequel je me trouve à ce sujet avec nombre de spécialistes qui trépanent quelquefois à la moindre alerte du côté de l'apophyse mastoïde, je ne puis que maintenir absolument ma manière de voir dans laquelle une expérience ultérieure de sept ans n'a fait que me fortifier. « Patience et longueur de temps » viennent généralement à bout de cas vraiment effrayants, et j'en ai guéri, entre autres, tout en respectant l'intégrité de l'apophyse, qui, non seulement présentaient des phénomènes inquiétants, *loco dolenti*, mais aussi des généralisations beaucoup plus alarmantes encore. Ainsi il y avait dans certains de ces cas, outre une fièvre forte et incessante, du côté de l'encéphale, des vomissements persistants avec céphalée intense et continue, dans le voisinage extérieur de l'os, des abcès sur des points éloignés, entre autres des fusées purulentes jusqu'aux insertions inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, collections dont l'ouverture chirurgicale, en raison du voisinage de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire interne, exigeait une attention particulière, etc.

Depuis mes deux publications, j'ai eu la satisfaction

(1) Comptes rendus du troisième Congrès otologique international (Bâle, septembre 1884).
(2) Comptes rendus du premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1888, p. 642-652).

de me voir suivi par quelques confrères. Ainsi (p. 2), M. Cozzolino, de Naples, qui avait assisté au Congrès de Bâle, a formulé des conclusions analogues aux miennes dans un mémoire inséré dans les *Annales des maladies de l'oreille*, etc., janvier 1889. Le fait que l'auteur n'ait pas mentionné mes travaux antérieurs sur ce sujet n'est évidemment dû qu'à un oubli de sa part.

Si nous envisageons maintenant les otites observées pendant l'influenza de 1891, nous constatons d'abord qu'elles ont été beaucoup moins fréquentes que l'année précédente, à en juger par mon expérience personnelle et d'après ce que j'ai pu apprendre d'autres confrères, soit spécialistes, soit praticiens. La différence en moins est absolue et relative, absolue, à coup sûr, parce que la grippe s'est beaucoup moins répandue qu'il y a un an, et relative en raison du fait que la maladie qui, l'an dernier, se compliquait généralement d'affections des premières voies aériennes et digestives, lesquelles gagnent si facilement l'oreille moyenne, a atteint ces régions beaucoup moins souvent en 1891.

Mes observations d'otites grippales ont donc été beaucoup moins nombreuses que dans l'épidémie précédente, mais elles m'ont néanmoins permis de noter *deux ordres de faits intéressants* qui ont rapport à des anomalies dans la marche de l'affection auriculaire. Nous allons les considérer successivement.

I. — *Otites moyennes aiguës grippales guéries instantanément par la douche d'air.*

Nous traiterons d'abord d'un groupe de cas absolument pareils entre eux et remarquables par une marche assez surprenante dont voici les points principaux : Les malades, des enfants pour la plupart, furent frappés presque subitement de douleurs dans une oreille, rarement dans les deux. Il y avait en même temps de la surdité et une sensation de chaleur et de plénitude dans l'organe atteint. La fièvre accompagnait ces symptômes. Plusieurs adultes, qui présentaient

les mêmes phénomènes, accusaient, en outre, des bourdonnements. Les enfants ne s'en plaignaient pas, mais on sait qu'on les entend rarement mentionner ce symptôme.

L'examen de l'organe malade montrait invariablement le même aspect otoscopique : membrane du tympan d'un rouge foncé, uniforme, et bombée en haut et en arrière. Elle ne montrait pas la ligne de démarcation plus ou moins strictement droite et horizontale qui indique la présence d'une accumulation de liquide dans la caisse, en en marquant le niveau supérieur, soit que les masses sécrétées ne fussent pas assez abondantes pour cela, soit que l'épaississement du tympan, causé par l'infiltration de son tissu et par l'injection de ses vaisseaux, eût empêché ce signe d'être perceptible.

L'examen fonctionnel par la montre, la parole et le diapason ne révélait rien qui ne s'accordât avec les caractères classiques de l'otite moyenne aiguë ordinaire.

A la suite d'une seule insufflation d'air (procédé de Politzer chez les enfants, cathétérisme chez les adultes), *tous ces symptômes disparurent comme par enchantement.* A l'instant même, la douleur cessa, ainsi que la surdité et les bourdonnements. La fièvre même tomba rapidement.

Plusieurs malades furent ainsi guéris définitivement par une seule insufflation d'air; dans un petit nombre, il a fallu recommencer cette simple manœuvre à un ou plusieurs jours d'intervalle, les phénomènes morbides ayant reparu, bien que considérablement atténués.

Le résultat pour ainsi dire instantané frappa particulièrement deux de mes confrères et amis qui avaient chacun un enfant atteint de cette façon, et qui furent positivement émerveillés de la transformation soudaine opérée chez les petits malades, surtout du fait que l'angoisse profonde, provoquée chez ceux-ci par les douleurs d'oreilles violentes, disparut sur-le-champ pour ne plus revenir.

Il me fut donné de voir, pendant l'épidémie grippale de 1891, dans un laps de temps relativement restreint, une petite série de cas de ce genre. En réfléchissant sur ce fait si frappant, je me rappelai un cas analogue que j'avais ob-

servé l'an dernier en-pleine influenza. Il s'agissait d'un vigoureux garçon de 14 ans qui fut frappé, pendant qu'il était atteint de grippe, successivement de douleurs surgissant soudain au fond des deux oreilles. Tantôt l'une était frappée, tantôt l'autre, quelquefois même les deux ensemble. Chaque fois, l'oreille atteinte présentait l'image et les symptômes décrits plus haut. L'insufflation d'air opérait toujours une guérison immédiate ; mais il y eut des rechutes assez fréquentes, et je fus enfin obligé d'enseigner le maniement de la douche d'air au père de l'enfant, qui parvint à couper court à chaque accès et à amener finalement une guérison définitive.

Chose à noter, ce jeune malade portait, dans le pharynx nasal, des végétations adénoïdes d'un développement moyen. Comme elles n'entravaient pas la respiration par le nez et n'avaient jamais provoqué de troubles auriculaires, leur enlèvement avait été décliné par la famille. Un des enfants issus d'une famille médicale, auxquels allusion est faite plus haut, avait subi une première opération de végétations adénoïdes quelques mois avant l'influenza, mais il y avait encore des restes à enlever.

Je rappellerai, à cette occasion, que j'avais déjà insisté, l'année dernière, sur l'importance de la présence de ces végétations pour l'otite grippale. Je disais alors (1) : « Nous constatons donc, en résumé, que sur quarante cas, deux seulement ont présenté un caractère sérieux et une évolution lente. Or, ces deux cas sont justement ceux des deux malades qui portent des végétations adénoïdes du pharynx. Il y a là, évidemment, plus qu'une simple coïncidence et il faudra ajouter aux indications qui réclament impérieusement l'ablation précoce de ces végétations, la possibilité qu'elles pourront imprimer un caractère grave aux otites qu'elles provoquent si fréquemment. »

A l'exception du jeune garçon de 14 ans, tous les autres malades ont été guéris par *une seule insufflation d'air* ou par un très petit nombre. Ce fait est assez surprenant de

(1) II, p. 169.

prime abord, et nous avons à nous demander quelle était *la nature de ces cas*, si sérieux en apparence et pourtant curables à si peu de frais.

Je pense que nous avions affaire, chez tous ces malades, au début d'une véritable otite moyenne aiguë. La grippe avait commencé par provoquer une inflammation des fosses nasales ou du pharynx ; celle-ci, à son tour, gagnait l'oreille moyenne, obstruant la trompe d'Eustache, et déterminant dans la caisse une exsudation, peu abondante, d'abord de liquide, lequel venait bomber la membrane du tympan au dehors. La sécrétion augmentant peu à peu, la tension de cette membrane dont l'infiltration et la congestion avaient aboli l'élasticité, s'accroissait et donnait lieu aux vives douleurs accusées par les malades. La douche d'air remédiait à cet état de choses en agissant, sans doute, d'une façon multiple : d'abord, elle ouvrait la trompe d'Eustache, dégageait son canal et restituait à la caisse son volume normal d'air naturel à la place de l'air raréfié et désoxygéné (1) qu'elle renfermait auparavant. En même temps, elle exerçait sur la muqueuse de la cavité et de la membrane tympaniques une pression qui en diminuait, au moins temporairement, la turgescence sanguine. Elle chassait enfin le liquide accumulé dans la trompe et dans la caisse, peut-être même avec lui des microbes qui auraient pu exercer une action dangereuse en transformant la sécrétion simple en suppuration. La trompe étant dégagée, les masses sécrétées ensuite pouvaient s'éliminer en refluant lentement vers le pharynx. Elles pouvaient, du reste, être aussi absorbées en passant dans les lymphatiques qui, d'après Kessel, communiquent ouvertement avec l'intérieur de la caisse.

En somme, l'ensemble des manifestations morbides décrit ici rappelle certains cas d'otite moyenne catarrhale aiguë qu'on observe quelquefois au printemps, surtout chez les enfants; mais les cas qui viennent d'être exposés dans ce chapitre, s'en distinguent par leur apparition en masse, chez des sujets atteints d'influenza et en hiver (février), par

(1) V., à ce sujet, mon mémoire intitulé : « De l'échange des gaz dans la caisse du tympan. » (*Progrès médical*, 1877.)

leur apparence singulièrement alarmante et surtout par leur guérison obtenue, la plupart du temps, à la suite d'une seule insufflation d'air. Il est vrai que l'on assiste quelquefois chez les enfants, après la douche d'air, au rétablissement instantané de l'état normal de l'oreille et de la santé générale, mais, le plus souvent, l'action n'est que passagère et il faut répéter les insufflations pendant un certain temps.

Au demeurant, ces observations démontrent d'une façon péremptoire l'action curative de la douche d'air dans l'otite moyenne aiguë, douche que quelques auteurs voudraient précisément proscrire dans le traitement de cette affection !

En présence des résultats que nous venons d'énoncer et dont un observateur non prévenu constate d'ailleurs d'analogues journellement, d'une part, et, d'autre part, de la facilité d'exécution du procédé de Politzer, accessible à tous les praticiens et même au public, je ne puis faire autrement que de protester contre cette tendance de nous priver d'un procédé aussi bienfaisant dans le traitement d'une affection toujours pénible, souvent même dangereuse. Cette proscription me semble, au demeurant, inspirée plutôt par des préoccupations théoriques que par l'observation sur les malades. Je suis convaincu que la généralisation de l'emploi de cette simple manœuvre au début de toute otite moyenne aiguë, conduira à la guérison rapide d'un immense nombre de cas de ce genre, qu'ils reconnaissent une origine grippale ou non.

J'ajouterai, en passant, que j'envisage d'une façon analogue l'opposition que quelques auteurs font au traitement de l'otite suppurée par les insufflations d'acide borique que je considère également comme de la plus grande valeur thérapeutique. Je n'en ai, de plus, jamais vu résulter aucun inconvénient, non seulement quand un spécialiste compétent les pratiquait, mais même là où les circonstances obligeaient à confier ce traitement aux malades ou à leurs familles, et où, par conséquent, l'exécution pouvait être défectueuse. Il suffit, dans ces conditions, d'examiner les malades de temps en temps.

II. — *Otites grippales à marche insolite et à forme particulière de perforation.*

J'ai observé, pendant la période grippale de 1891, deux cas d'otite moyenne qui forment un contraste parfait avec ceux exposés dans le chapitre précédent. L'inflammation, dans ces deux cas, amenait rapidement la suppuration et affectait bientôt une marche chronique, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans cette affection, pourvu qu'elle soit convenablement traitée dès le début (comme c'était le cas ici), et qu'aucune maladie générale ou complication locale ne l'aggrave. En outre, il s'est formé une perforation d'une configuration absolument insolite et identiquement pareille chez les deux patients, point par l'examen duquel nous terminerons l'étude de ces observations.

Voici d'abord une briève description de la marche de la maladie :

Observation n° 1. — Mme X..., âgée actuellement de 47 ans, m'avait été adressée en 1874 par feu mon ami le Dr Johnston, de Paris. D'aspect délicat, elle jouit cependant habituellement d'une bonne santé et ne présente aucun fait particulier dans ses antécédents, ni dans sa famille, si ce n'est qu'à l'âge de 4 ans, elle a eu « un mal d'oreille » dont elle a d'ailleurs été parfaitement guérie.

Le motif de sa première visite fut une surdité de l'oreille droite qu'elle avait constatée depuis un certain temps. Il s'agissait d'un simple catarrhe de la caisse, et la guérison fut obtenue rapidement. Six ans après, surdité aux deux oreilles, causée par des bouchons de cérumen, dont l'extraction rétablissait l'ouïe normale des deux côtés.

Le 11 février 1891, je suis appelé près de Mme X..., que je trouve fort souffrante. Elle vient d'avoir la grippe, et ressent depuis 24 heures des douleurs atroces dans l'oreille droite (l'ancienne malade). Le tic tac de ma montre qu'on entend normalement jusqu'à 5 mètres dans le silence, n'est pas perçu du tout, même au contact du pavillon droit. Le tympan est uniformément d'un rouge sombre ; son segment postéro-supérieur est bombé au dehors. A la partie antérieure et inférieure de cette membrane,

il existe une plaque elliptique à grand axe perpendiculaire, d'un rouge vif. Elle paraît consister en sang liquide. L'insufflation d'air améliore un peu l'ouïe, de façon à faire entendre la montre à quelques centimètres. Prescription : Purgatif salin, instillations de glycérine tiède pendant le jour et de cocaïne pour la nuit, et douche de Politzer qui est pratiquée parfaitement par le mari de la malade auquel je l'avais enseignée.

Le lendemain, *écoulement sanguinolent* par le conduit auditif. Montre 0. La tache rouge s'est transformée en un caillot, conservant la forme ovalaire. Toujours pas de perforation tympanique. L'air passe mal dans la caisse, même par le cathétérisme qui améliore cependant un peu l'audition. Le seringage enlève le coagulum ; à sa place, il existe une érosion sanguinolente peu profonde, toujours de forme ovalaire. Douleurs moindres. Pas de fièvre ; d'ailleurs, pendant toute la durée de la maladie, la température s'est maintenue à 36°,1.

Le 13 février, le tympan se trouve percé spontanément. L'ouverture s'est faite, non pas à la place de la plaque sanguinolente, mais plus en arrière. Elle s'étend jusqu'au bord postérieur du manche de marteau qu'elle longe sur une certaine étendue. Montre 0; l'insufflation d'air n'amène aucune amélioration de l'ouïe. État général toujours précaire. Douleurs permanentes. Pouls 120, nuits mauvaises.

L'enflure en haut et en arrière du manche du marteau va en diminuant. L'apophyse mastoïde commence à enfler et à devenir douloureuse, spontanément et encore davantage à la pression. L'insufflation d'air fait cesser les douleurs pour un certain temps, mais laisse l'apophyse sensible à tout attouchement. Prescription: bains d'oreille avec de l'alcool à 90°, contenant 20 grammes d'acide borique porphyrisé (solution sursaturée que j'ai introduite dans l'otologie il y a dix ans). Plus tard, simplement des insufflations d'acide borique.

Pour abréger, voici, en résumé, la marche ultérieure : les douleurs ont d'abord durée une quinzaine, *sans interruption,* jour et nuit, puis, avec des intermittences, pendant un laps de temps égal, pour disparaître peu à peu complètement. L'écoulement sanguinolent a persisté pendant six semaines environ, et s'est arrêté ensuite subitement sous le simple traitement par les insufflations d'acide borique réduit en poudre impalpable.

J'ai souvent examiné au microscope le liquide écoulé; il se montrait toujours composé presque exclusivement de globules sanguins rouges non altérés, avec très peu de leucocytes.

La perforation du tympan, bien que l'ouïe se soit améliorée petit à petit, a été en s'agrandissant et a pris une configuration toute particulière que j'appellerai volontiers « pyriforme ». Elle est large et arrondie en bas, étroite et rectiligne en haut. (V. la *fig.* 1.)

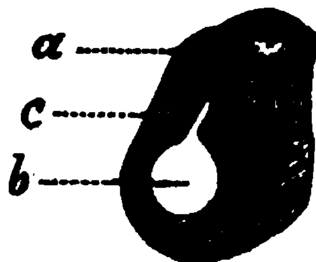


Fig. 1.

La place où la plaque sanguinolente avait existé, est redevenue tout à fait normale.

18 mars 1891. Pas de changement. Montre entendue à 5 centimètres. La perforation est la même, le reste du tympan présente un aspect normal. En vain, on a essayé les traitements les plus divers, instillations d'alcool chargé de différents antiseptiques, etc.

Le 14 juillet, j'apprends que l'écoulement sanguinolent s'est arrêté subitement le 20 mars, pour ne plus reparaître. Montre entendue à 15 centimètres. Je revois la malade pour la dernière fois le 24 juillet 1891, et je constate que la partie supérieure allongée de la perforation qu'on pourrait appeler « la queue de la poire (*fig.* 1 c) », — le tout ressemblant en effet à ce fruit, — paraît cicatrisée. La partie inférieure ronde elle-même (*fig.* 1 b), figurant le corps de la poire semble rapetissée (1).

Observation n° 2. — Le jeune Y..., âgé de 11 ans et demi, m'est adressé le 28 juin 1889 pour une surdité bilatérale. Au premier coup d'œil, on remarque que ses deux cornées sont troubles. Ce phénomène ayant quelque chose de caractéristique pour la syphilis héréditaire, j'interroge la mère du malade, veuve depuis longtemps, et j'apprends qu'en effet, l'enfant est né d'un père syphilitique. La mère paraît indemne, mais elle est très délicate et sujette à de fréquentes migraines.

L'inspection des dents du malade montre une des formes décrites par Hutchinson comme caractéristiques pour la syphilis héréditaire. Les incisives supérieures centrales sont coniques

(1) Après trois mois d'absence, Mme X... se présenta à ma consultation le 7 novembre 1891, et je constatai à ma grande satisfaction que la perforation était considérablement rapetissée. Depuis sa visite du 24 juillet, elle a fait des douches d'air et des insufflations d'acide borique.

et échancrées en croissant. J'étais donc convaincu, avant d'avoir examiné les oreilles de l'enfant, que j'avais affaire à la triade découverte par le savant anglais et caractéristique pour la syphilis congénitale : kératite interstitielle chronique, altérations particulières des dents et surdité due à des troubles de l'oreille interne. Je connaissais, depuis 1863, ce type caractéristique pour l'avoir rencontré fréquemment dans les cliniques ophthalmologiques parisiennes et quelquefois aussi chez mes malades. Mais l'examen des oreilles démontra sur-le-champ que ma supposition était erronée, au moins quant à la nature de la lésion auriculaire. Il s'agissait d'une simple otite moyenne suppurée double avec perforations *arrondies* ayant à peu près la forme et les dimensions d'une lentille.

Voici maintenant l'historique abrégé du malade : à l'âge de 3 jours, il fut atteint d'entérite, et restait ensuite pendant un an entre la vie et la mort. Il n'a jamais présenté ni coryza spécifique, ni boutons, ni lésions osseuses. En 1881, commença la kératite double. Vers 1888, les yeux s'améliorèrent et les oreilles furent prises à leur tour.

État présent : L'adolescent a la peau d'un gris terreux. Front bombé et bosselé avec une légère dépression médiane. Crâne symétrique. Nez aplati sans cependant être camard (celui de la mère est fin et aquilin). Fosses nasales et pharynx sains.

Le *traitement* de l'affection des oreilles consistait en seringages, douches d'air et insufflations boriquées ou instillations d'alcool boriqué sursaturé. Ces soins tarissaient l'otorrhée et cicatrisaient la perforation, mais de temps en temps, et souvent sans cause appréciable, une rechute avait lieu, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le tympan se perçait alors de nouveau, toujours au même endroit, l'écoulement reparaissait, et finalement le même traitement amenait la guérison.

Quant à la nature de ces accès, rien n'indique qu'ils n'aient été de nature syphilitique et, selon moi, c'étaient de simples otites suppurées à répétition, comme on les voit chez certains sujets lymphatiques. Les affections auriculaires dues à la syphilis héréditaire non compliquée de lésions nasales ou pharyngiennes ne m'ont jamais présenté les caractères de l'otite suppurée, mais toutes ont montré une marche lente et insidieuse, sans phénomènes inflammatoires tels que : suppuration, douleurs ou perfora-

tion du tympan, pareillement à ce que d'autres auteurs ont observé.

(Nous ne traitons pas ici, bien entendu, des surdités graves dues à la syphilis *acquise* qui présentent un caractère tout autre et se distinguent souvent par leur éclosion soudaine ou, du moins, extrêmement rapide.)

Quant aux caractères particuliers des affections auriculaires hérédo-syphilitiques, je suis cependant obligé d'ajouter que M. Hermet, dans les notes qu'il a ajoutées à son excellente traduction de l'ouvrage de Hutchinson (1), relate plusieurs cas d'otite avec perforation du tympan et suppuration, qu'il tend néanmoins à considérer comme spécifiques. Il appuie son opinion surtout sur le fait de l'apparition de l'écoulement sans douleurs. Je n'ai rencontré cette éclosion indolore d'une première otite suppurée que dans la tuberculose presque exclusivement. Par contre, j'ai souvent observé que des rechutes de ce mal se faisaient sans souffrance notable, et j'explique ce fait par le peu de résistance que certaines cicatrices fines du tympan offrent à la poussée du liquide accumulé dans la caisse, avant de céder. Ainsi, dans l'observation présente, les récidives de l'écoulement avec nouvelle perforation de l'un ou de l'autre tympan ont toujours été indolores. (Je n'ai pas de renseignement sur ce point quant à la première apparition du mal.) Toutes ces rechutes ont d'ailleurs guéri sous le traitement susindiqué dont j'ai enseigné l'application à la mère du malade, en l'engageant seulement à me ramener l'enfant au cas où quelque fait insolite viendrait à se produire.

Au mois de février 1891, le jeune Y... est atteint, une fois de plus, d'otorrhée à gauche. Le tympan présente à la place accoutumée une perforation circulaire. Le traitement ordinaire est repris, et, peu de temps après, l'écoulement diminue, et la perte de substance commence à se rapetisser. Tout semble donc présager la marche habituelle vers la guérison, lorsqu'au mois de mars, l'adolescent est atteint d'influenza. Je le revois quinze jours

(1) Jonathan Hutchinson. *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire.* Traduit et annoté par le Dr P. Hermet. Paris, 1884.

après, et je trouve un notable changement en pis. La perforation s'est agrandie. Elle a, de plus, pris un aspect pyriforme tout particulier, et est devenue tout à fait analogue, comme siège aussi, à celle décrite dans l'observation précédente. Arrondie en bas, elle se rétrécit brusquement vers le haut et s'y termine par une espèce de queue, fente qui règne le long du manche du marteau contre son bord postérieur (*fig.* 2).

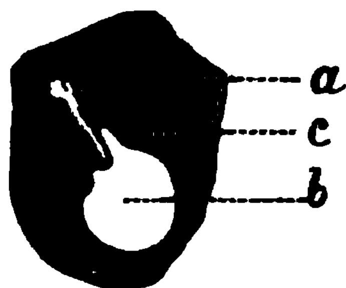


Fig. 2.

Depuis cette époque, le traitement est resté impuissant à amener une guérison complète. Je revois Y... le 2 juillet, et je constate que, si l'écoulement a été effectivement tari, la perforation est restée telle quelle. L'ouïe cependant est presque normale, fait que j'ai souvent noté chez des sujets jeunes, malgré l'existence d'une perforation tympanique assez étendue. On sait que chez l'adulte la situation, au point de vue de l'audition, est beaucoup plus défavorable dans ces conditions. J'incline à penser que cette différence provient de ce que la force d'accommodation de l'oreille est la plus considérable dans l'enfance, et qu'elle diminue avec l'âge, ainsi que cela a lieu pour l'organe de la vision.

Le malade quitta Paris peu de temps après, le 2 juillet, pour se rendre à une station thermale. Or, j'ai reçu le 16 du même mois, une lettre d'un médecin de mes amis qui exerce à l'endroit indiqué, et qui m'annonçait que l'oreille malade du jeune Y.. était devenue subitement douloureuse, avec enflure mastoïdienne. Température 40°,3. Bientôt, amélioration des symptômes locaux, mais persistance de la fièvre pendant deux jours. Puis guérison apparente pendant 48 heures ; ensuite, la fièvre a repris (39°,3), et la partie inférieure de l'apophyse mastoïde s'est tuméfiée et est devenue très sensible. Mon confrère parlait déjà de trépanation, mais conformément aux principes énoncés plus haut, je le rassurais et lui conseillais l'usage de l'alcool boriqué, des douches d'air, des seringages, etc. Le 29 juillet, après avoir exécuté ce traitement, le docteur M... m'écrivait : « Le jeune Y... va très bien ; l'air passe librement, les douleurs et la

fièvre ont disparu, l'apophyse n'est plus sensible à la pression, ni tuméfiée. Appétit excellent, état général parfait. »

Depuis, j'ai revu le malade, et j'ai pu constater que, du côté de l'apophyse mastoïde, tout est rentré dans l'ordre depuis deux mois. L'écoulement même est tari définitivement, mais la perforation existe toujours dans sa partie inférieure. La partie supérieure, la « queue de la poire », est cependant cicatrisée, exactement comme dans le cas précédent.

RÉFLEXIONS

Les deux cas qui viennent d'être relatés présentent une marche et un caractère insolites. L'otite moyenne aiguë, le tympan une fois percé par le processus inflammatoire même ou par le médecin, désireux d'abréger les souffrances du malade, guérit toujours dans un laps de temps relativement court, pourvu qu'elle soit traitée sans délai par des lavages réguliers, l'application d'un antiseptique approprié et de fréquentes insufflations d'air. Il en a été ainsi même dans les nombreux cas d'otite grippale que j'ai traités et radicalement guéris, sans exception, pendant l'épidémie d'influenza de 1889-1890. Cette règle ne souffre d'exceptions que lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis ou bien atteints d'une maladie grave ou d'une diathèse sérieuse, la tuberculose ou le diabète P. E; ou bien, quand la situation est aggravée par des complications locales parmi lesquelles je citerai surtout, conformément à ce qu'on a vu plus haut, la présence de végétations adénoïdes volumineuses.

Dans nos deux cas, il n'existait rien de tout cela; cependant, pourrait-on m'objecter, nous devons tenir compte, quant à la deuxième observation, d'un facteur terriblement perturbateur, la syphilis héréditaire. Mais, dans ce cas, encore, l'existence de cette grave maladie générale n'avait pas empêché toutes les attaques précédentes d'otite suppurée perforative de guérir dans des délais relativement courts, exactement comme des otites à rechutes chez une personne exempte de toute tare congénitale! Il est vrai encore qu'il s'agissait, chez les deux sujets, de l'éclosion d'une inflammation purulente dans une oreille ayant déjà été malade an-

térieurement ; mais, ainsi que je l'ai fait ressortir l'an dernier (1), cette circonstance, aggravante sans doute, n'avait pas empêché ceux de mes malades de 1889-1890 qui se trouvaient dans le même cas, de guérir radicalement, même ceux atteints de mastoïdite !

La première observation, celle de Mme X..., présente un phénomène particulier, l'*écoulement sanguinolent prolongé.* Je rappellerai, à ce sujet, ce qui a été dit au commencement de ce travail, concernant la gravité particulière de ce fait. Ici, la marche traînante et l'insuccès relatif du traitement paraîtraient donc attribuables à la forme hémorrhagique de l'otite. Dans le deuxième cas, par contre, cette complication fait défaut ; d'autre part, aucun phénomène dénotant la syphilis héréditaire n'ayant apparu depuis de longues années chez le jeune malade et les nombreuses otites précédentes ayant toutes guéri normalement, comme nous venons de le voir, il me semble impossible d'invoquer la diathèse spécifique pour expliquer l'échec de la thérapeutique chez lui, et nous devons, ce me semble, l'attribuer tout bonnement à la nature grippale du mal.

Le fait le plus frappant est la singularité de la perforation et son identité dans les deux cas, en ce qui concerne son siège, sa forme, ses dimensions et sa marche. Je n'avais jamais observé de forme pareille auparavant, et les recherches que j'ai faites à ce sujet, dans un grand nombre de travaux otologiques, ne m'en ont pas donné d'exemple non plus. J'ai parcouru, en vain, pour ne citer que les ouvrages contenant des gravures, des chromolithographies ou des photographies, les livres de MM. Politzer (*Traité et Beleuchtungsbilder*), Miot, Bürkner, Gellé, de Rossi, Barr, Urbantschitch, Roosa, M'Bride, Schwartze (*Anatomie pathologique* et *Traité des maladies chirurgicales de l'oreille*), Magnaughton Jones et le magnifique atlas photographique, l'*Anatomie de l'oreille humaine et des états pathologiques de la membrane du tympan* de MM. Randall et Morse. Dessins, images et photographies ne reproduisent dans tous ces ouvrages, que des

(1) II, p. 167 et 169.

perforations arrondies. Elles sont circulaires, ovales, réniformes, etc.

Ce n'est que dans les cas de perforations traumatiques qu'on voit des contours angulaires ou pointus, mais, là, encore, il n'existe rien qui ressemble à la forme « en poire » signalée dans ce travail. Je n'ai vu quelque chose d'approchant que chez M. Gruber; dans son *Traité d'otologie* (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 2e éd., Vienne, 1888), il représente une perforation quelque peu semblable, à la table I (fig. 17), également située derrière le manche du marteau, et à la table II (fig. 21 et 22), une cicatrice un peu analogue, au même endroit du tympan.

Voilà tout ce que l'étude attentive d'une littérature considérable m'a révélé.

Comment pouvons-nous concevoir la genèse de cette forme particulière de perforation? Nous la comprendrons mieux, je pense, en recherchant d'abord pourquoi les perforations tympaniques non traumatiques présentent toujours une forme arrondie, question qu'aucun auriste ne s'est posée jusqu'ici, que je sache. En essayant de trouver une réponse à cette question, je suis arrivé à la manière de voir suivante : la partie principale de la membrane du tympan comprend, comme on sait, deux couches de fibres de tissu connectif d'un caractère particulier, l'une circulaire, l'autre radiée. En général, lorsqu'il se forme une perforation, les deux lamelles sont détruites parallèlement, c'est-à-dire sur une même étendue en longueur et en largeur. J'estime que, dans ces conditions, le léger degré d'élasticité qui est propre aux fibrilles annulaires, et qui manque aux radiées, entre en jeu, par suite de leur division, et fait revenir sur eux-mêmes dans une certaine mesure, leurs bouts séparés. J'explique ainsi les contours arrondis des pertes de substance tympaniques, et dans notre cas, ceux de la partie inférieure « de la poire » qui demeure ronde. Mais la partie supérieure, « la queue », n'est plus soumise aux mêmes influences. Nous avons vu qu'elle longe l'extrémité inférieure du manche du marteau; or, ici, les fibres circulaires font défaut, pour ainsi dire, complètement, et les radiaires seules sont présentes. Par con-

séquent, cette couche est seule atteinte à cet endroit, et les perforations restent allongées, parce que le facteur qui les arrondit ailleurs, le raccourcissement dû à l'élasticité des circulaires rompues, n'intervient pas ici.

Il m'a semblé, de plus, que le bord postérieur du manche du marteau était comme dénudé par le processus destructeur dans ces cas.

Si nous envisageons maintenant les résultats de la thérapeutique, nous devons avouer qu'ils sont très peu satisfaisants dans ces deux cas. Bien que l'écoulement, franchement purulent dans l'un, sanguinolent dans l'autre, ait été complètement tari, les perforations ne sont pas encore fermées à l'heure actuelle, et en outre, le premier cas s'est un instant compliqué de mastoïdite pendant le traitement même.

Quant à la cause première de cet insuccès, il me semble plus que probable qu'il faut accuser simplement l'origine grippale du mal dans l'observation n° I, et la survenue de l'influenza au cours du cas n° II. L'action perturbatrice de la grippe n'a plus besoin d'être démontrée, après les innombrables exemples qu'elle en a fournis au cours de la grande épidémie de 1889-1890. Pendant celle de 1891, j'ai eu occasion d'en observer également plusieurs exemples dont voici un assez curieux : il s'agissait d'une demoiselle, âgée d'environ quarante ans, chez laquelle j'avais constaté depuis longtemps une sclérose lentement progressive à l'oreille gauche. En janvier 1890, elle fut prise d'otite moyenne aiguë grippale du côté droit. Cette affection guérit avec une certaine lenteur, fait remarquable chez cette personne d'ailleurs parfaitement saine.

La perforation cicatrisée, l'ouïe ne revint pas complètement, et j'assiste, depuis cette époque, au développement assez rapide d'une sclérose à cette oreille. J'ajouterai que tout dernièrement, un séjour prolongé au bord de la mer, où la malade s'est rendue malgré les réserves les plus formelles de ma part, a donné une impulsion nouvelle à l'affection, qui a fait des progrès singulièrement rapides pendant cette période.

Faudra-t-il, dans les deux observations communiquées

plus haut, outre l'influenza, attribuer une importance particulière à la forme et à la localisation spéciales des perforations ? et celles-ci seraient-elles déterminées, elles aussi, par l'élément grippal de la maladie ? Comme ces cas ne sont qu'au nombre de deux, il m'est impossible de me prononcer là-dessus ; il serait intéressant d'apprendre si d'autres spécialistes ont rencontré des cas analogues, s'ils ont surtout vu cette forme spéciale de perte de substance tympanique et, supplémentairement, si elle est propre à l'otite grippale ou non.

Il ne serait pas moins intéressant d'apprendre, à un point de vue plus général, si la grippe, venant provoquer ou compliquer d'autres maladies que celles de l'oreille, aurait imprimé à leur allure et à leurs terminaisons, un cachet spécial, différent de ce qui a été observé pendant la grande épidémie de 1889-1890.

II

CARCINOME DE LA CORDE VOCALE GAUCHE. LARYNGOFISSURE. MORT CINQ JOURS APRÈS.

Par le Dr **L. LICHTWITZ**, de Bordeaux (1).

L'observation que je vais rapporter présente quelque intérêt tant au point de vue du diagnostic clinique et microscopique qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. H..., âgé de 53 ans, vient me consulter le 7 novembre 1889 pour une extinction de voix qui a apparu au mois d'août et qui persiste depuis lors. Le malade nous raconte que, depuis 2 ou 3 ans, il a déjà eu à plusieurs reprises de forts

(1) Communication faite à la Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris. Séance du 3 juillet 1891.

enrouements disparaissant habituellement au bout de quelques jours. Dans les intervalles la voix, toutefois, n'étant jamais complètement claire.

Son état général a toujours été bon. Pas de syphilis. A part l'extinction de la voix, il n'éprouve aucun trouble du côté du larynx, ni pour la respiration ni pour la déglutition, et il ne ressent aucune douleur.

A l'examen laryngoscopique, je pus constater un gonflement fusiforme à surface lisse et d'un aspect gris-jaunâtre, qui occupait les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche sans aller tout à fait jusqu'à l'angle antérieur du larynx ; sur le tiers postérieur de la même corde il existait, au contraire, une dépression et une coloration rouge foncé. La corde se mouvait moins bien que sa congénère. Rien d'anormal sur les autres parties du larynx. Pas de ganglions infiltrés dans la région du cou.

L'aspect du larynx me fit penser tout de suite à la présence d'une tumeur maligne ; mais, pour confirmer mon diagnostic, j'enlevai un morceau de la tumeur, qui fut examiné par le Dr Ferré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Dans une consultation à laquelle assistaient aussi le médecin de la famille et le professeur Demons, M. Ferré nous soumit les coupes, qui contenaient quelques corps cornés (voir *fig.* 1) et il confirmait mon diagnostic laryngoscopique.

Néanmoins il fut décidé qu'on extrairait encore un autre fragment et qu'en attendant on ferait subir au malade un traitement spécifique.

Sur les instances du beau-frère du malade, qui avait déjà perdu un membre de sa famille d'un cancer du larynx et qui dési-

rait que le diagnostic microscopique fût confirmé par un autre anatomo-pathologiste, j'envoyai la préparation à M. le professeur Waldeyer, de Berlin, qui eut l'obligeance de l'examiner et de donner l'avis suivant, que je traduis textuellement :

(*Lettre du* 22 *janvier* 1890).

« Les préparations que vous m'avez envoyées contiennent sans aucun doute des corps cornés concentriques. Mais ces corps sont très petits et en nombre trop restreint pour permettre à eux seuls le diagnostic de « carcinoma keratoïdes ». Ils ne permettent pas d'affirmer ce diagnostic, parce qu'on découvre aussi dans les préparations de longues papilles lamineuses, épaissies, en forme de massue à leur extrémité libre et qu'on rencontre parfois aussi dans les tumeurs papillaires quelques corps cornés. Cependant, toutes les fois qu'on les observe, ils rendent la tumeur *suspecte*, car, d'après moi, des tumeurs papillaires bénignes peuvent devenir carcinomateuses, et cela dans les cas où l'épithélium, au lieu de s'étendre à la surface, se propage dans la profondeur du tissu.

« Je conseille de voir avec attention si la tumeur est plutôt *limitée* et *circonscrite* et si elle a une surface papillaire bien nette ; alors on pourrait attendre et essayer de l'extirper par voie endolaryngée.

« Mais si elle était, au contraire, *diffuse*, qu'elle ressemblât plutôt à un épaississement de la corde vocale et qu'elle ne fût pas nettement limitée, n'offrant pas un aspect papillaire, il faudrait penser en premier lieu à un carcinome.

« Votre description de l'aspect extérieur du néoplasme parle en faveur de la dernière hypothèse ; puis c'est la couleur grisjaunâtre qui m'inspire des craintes. L'aspect rappelle tout à fait la préparation provenant de la tumeur de l'empereur Frédéric. Les coupes des fragments enlevés par Mackenzie et examinés par Virchow me furent montrées par ce dernier. Elles offraient le même aspect que votre préparation, c'est-à-dire elles contenaient quelques corps cornés et des papilles couvertes d'un épithélium épaissi. Virchow avait hésité et avec raison, à conclure qu'il s'agissait d'un carcinome, et vous voyez que bien qu'instruit par ce cas, je n'ose pas porter non plus ce diagnostic chez votre malade.

« Le plus souvent les plus petits fragments qu'on peut enlever ne suffisent pas pour porter un diagnostic certain ; il faut que

l'aspect laryngoscopique et la marche clinique viennent en aide.

« MM. Gerhardt et Bergmann avaient fait leur diagnostic en se basant seulement sur des données analogues ; en effet, dans leur cas, l'examen microscopique, s'il n'affirmait pas le diagnostic, au moins ne l'infirmait-il pas non plus.

« Lorsque j'avais à examiner les crachats de l'empereur Frédéric à San Remo, le diagnostic n'était plus difficile, car dans chaque crachat il y avait plusieurs perles cornées, souvent réunies en grappes. » WALDEYER. »

En attendant cette réponse, le malade avait subi le traitement antisyphilitique, sans que l'aspect de la corde vocale se fût modifié. Dans le second fragment enlevé, M. Ferré constatait un épithélium épaissi (voir *fig.* 2).

M. Waldeyer, qui a bien voulu examiner cette seconde préparation, m'écrivit à la date du 30 janvier (traduction textuelle) :

« La préparation — d'ailleurs très nette et bien faite — provient certainement d'une coupe oblique (*ab*) du néoplasme tel que l'indique la figure suivante (voir *fig.* 2 *bis*). On y voit l'épithélium très épaissi et du tissu lamineux avec des cellules rondes et des vaisseaux.

« Je considère le tissu lamineux comme provenant des papilles coupées obliquement.

« S'il était possible d'avoir des coupes verticales (*cd*) on pourrait facilement se prononcer. Mais il faudrait pour celà avoir un fragment du centre de la tumeur, c'est-à-dire du point où elle est le plus développée.

« La préparation que j'ai sous les yeux, pas plus que la première, ne fournit pas des données certaines. Il est important de remarquer si la tumeur *s'accroît.*

« Dans tous les cas j'opérerais et j'enlèverais toute la corde affectée, car la tumeur, c'est certain, présente tout au moins un épaississement de l'épithélium avec des corpuscules cornés. La tumeur est donc déjà suspecte et peut devenir carcinomateuse si elle ne l'est pas déjà.

« Je vous serais obligé de vouloir bien m'envoyer plus tard des détails sur ce cas, qui m'intéresse vivement.

« WALDEYER. »

Déjà, avant de recevoir cette lettre, sur les instances de M. Ferré et sur les miennes, il avait été décidé qu'on opérerait le malade le plus tôt possible.

M. Demons se proposait de pratiquer la laryngofissure après trachéotomie préalable et d'enlever toutes les couches molles de la moitié gauche et de la paroi postérieure du larynx.

L'aspect du larynx ne s'était guère modifié. Les petites plaies dues à l'ablation des fragments s'étaient cicatrisées et s'étaient comblées trop rapidement peut-être.

Les autres parties du larynx et l'espace sous-glottique semblaient être indemnes, sauf la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx, qui présentait une légère voussure.

La voix qui, après la deuxième ablation des fragments de la tumeur, s'était améliorée, s'était de nouveau éteinte.

Le 4 février 1890, trois mois après mon premier examen, M. Demons pratiqua la trachéotomie basse préliminaire. Une bronchite consécutive empêcha de pratiquer la laryngofissure à bref délai.

Cette opération ne fut faite que le 22 février.

Le malade endormi, M. Demons changea la canule simple contre la canule de Trendelenburg et fit la thyrotomie. Puis, pendant que j'éclairais de mon mieux, à l'aide d'un miroir concave tenu à la main, l'intérieur du larynx très difficile à voir, malgré le fort écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde, M. Demons enleva la corde vocale et la bande ventricu-

laire gauche, racla la paroi postérieure du larynx et finalement cautérisa profondément au thermocautère le fond de la plaie.

L'opération dura plus de trois heures, car on fut obligé de l'interrompre à plusieurs reprises à cause des accès d'étouffement dus à la pénétration du sang dans les bronches malgré la canule à tampon.

Après avoir suturé la plaie extérieure, on plaça une sonde œsophagique à demeure pour l'alimentation du malade.

Dès le lendemain, fièvre avec tous les symptômes d'une pneumonie hypostatique.

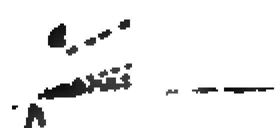
Le troisième jour, température de 40,6; les pulsations variaient de 120 à 130, et le nombre des inspirations, qui, le troisième jour, était de 40 à la minute, tombait brusquement le quatrième jour à 22, pour remonter après à 35.

Ce qui frappait surtout, c'était l'absence presque complète de toute expectoration après l'opération, malgré de fortes doses d'apomorphine. On entendait pourtant à l'auscultation de gros râles sur toute l'étendue de la poitrine.

Cette absence d'expectoration s'était déjà déclarée dès la fin de l'opération.

Le cinquième jour, le malade mourait; l'autopsie ne put pas être faite.

L'examen des parties enlevées pratiqué par M. Ferré fit reconnaître d'une manière évidente la nature cancéreuse de la



tumeur (*fig.* 3). Toutes les parties enlevées, même de petits

fragments de cartilage, montraient une dégénérescence carcinomateuse.

M. Ferré en concluait que la tumeur avait déjà envahi les couches les plus profondes du larynx, et que la récidive aurait certainement suivi l'opération en cas de survie du malade.

Voici encore l'opinion de M. Waldeyer sur les préparations des parties extirpées pendant l'opération.

(*Lettre du* 17 *mai* 1890).

« Sans aucun doute il s'est agi dans votre cas d'un carcinome vrai. Les deux plus grandes préparations en fournissent la preuve absolue. Des traînées épithéliales et des corps cornés isolés se trouvent au milieu du tissu lamineux.

« Il faut encore mentionner la prolifération considérable de l'épithélium avec des corps cornés. Votre cas diffère de celui de l'empereur Frédéric par le développement considérable du tissu lamineux, qui permet de classer la tumeur dans le groupe des cancers *squirrheux*. Le cancer de l'empereur Frédéric revêtait plutôt un caractère *médullaire*. WALDEYER. »

Ce cas montre de nouveau les difficultés d'un diagnostic précoce et certain du cancer primitif du larynx.

En effet, à part les troubles de la phonation, il n'existait aucun symptôme subjectif, ni douleurs, ni dysphagie, ni hypersécrétion, ni dyspnée.

Objectivement, il y avait les données fournies par le laryngoscope (la tuméfaction fusiforme de la corde vocale gauche, sa coloration et sa paresse dans les mouvements) et les données fournies par le microscope.

L'aspect laryngoscopique, bien qu'il me fît soupçonner une tumeur maligne, n'était cependant pas suffisamment caractéristique pour tenter, en se basant sur lui seul, une extirpation d'une partie du larynx.

Quant à l'examen microscopique des morceaux enlevés, les anatomo-pathologistes distingués qui avaient à juger les mêmes préparations, différaient dans leur interprétation. Tandis que M. Ferré concluait avec certitude à une tumeur maligne, M. Waldeyer déclarait seulement les préparations comme suspectes et n'osait porter un diagnostic

absolument affirmatif. Cependant il conseillait, comme M. Ferré, l'extirpation de la corde.

Les difficultés, pour les anatomo-pathologistes, de póser un diagnostic certain dans des cas pareils, proviennent de ce qu'on ne réussit pas facilement à enlever un fragment appartenant à la base de la tumeur qui, seule, contient les signes caractéristiques.

Aussi ne faut-il pas trop compter sur un diagnostic positif fait à l'aide du microscope, et je crois qu'il est bon de suivre le conseil que donne Semon dans son rapport sur les recherches collectives tendant à élucider la question sur la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes (*Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, tome V, p. 319) :

« On peut, s'il est nécessaire, enlever à plusieurs reprises des fragments de tumeurs douteuses par voie endolaryngée, à moins qu'il n'apparaisse pas de symptômes cliniques qui ne rentrent pas dans la symptomatologie des tumeurs bénignes et qui confirment le caractère malin de la tumeur suspecte. Dans ces cas, il ne faut plus ajourner l'opération radicale jusqu'à la confirmation du diagnostic par le microscope. »

Il ne me reste qu'un mot à dire sur la méthode opératoire que nous avions choisie pour extirper la tumeur. Croyant avoir affaire à une tumeur assez limitée, nous avions décidé de pratiquer la laryngofissure. Bien qu'il faille attribuer l'insuccès de l'opération dans notre cas à la pénétration du sang dans les poumons, je crois qu'il vaut mieux avoir recours, dans des cas semblables, à l'hémilaryngectomie.

La simple thyrotomie a le désavantage d'offrir un champ opératoire difficilement accessible et difficile à éclairer. L'ablation des parties suspectes ainsi que l'hémostase se font dans une demi-obscurité. Puis l'examen laryngoscopique ne nous permet pas de désigner d'avance à l'opérateur les limites de la tumeur qui, comme dans le cas présent, avait déjà envahi la charpente cartilagineuse du larynx.

Il est donc plus prudent et en même temps plus facile de faire dans ces cas l'hémilaryngectomie, qui mettra le malade à l'abri des récidives bien plus que la laryngofissure.

En publiant cette observation, mon but était non seulement de montrer la difficulté d'un diagnostic précis en se basant exclusivement sur l'examen microscopique d'une parcelle prise à la surface de la tumeur, et la difficulté opératoire que peut présenter la laryngofissure, mais encore de rectifier la statistique en y ajoutant un nouveau cas d'insuccès. En effet, les statistiques sont en général trop favorables parce qu'on a beaucoup trop la tendance à ne publier que les cas heureux.

III

SUR UN CAS DE FORMATION D'EXOSTOSES MULTIPLES DU CRANE AVEC ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE

Par le Dr **Alfred KRAKAUER** (1), de Berlin.

COMMUNICATION ET DÉMONSTRATION A LA SECTION OTIATRIQUE DE LA 64e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A HALLE-SUR-SAALE. Septembre 1891.

Messieurs, la pièce anatomique que j'ai aujourd'hui l'honneur de vous présenter provient d'une fillette de 12 ans, qui me fut adressée au commencement de cette année par mon collègue, M. Karewski, pour l'examen des oreilles.

L'enfant qui, depuis les premières années de sa vie, est atteinte de scrofule et d'une otorrhée gauche intermittente, présentait au premier coup d'œil plusieurs particularités : 1° dans la région du bord orbitaire inférieur gauche se trouve une cicatrice qui — nous le dirons immédiatement — provenait d'une opération que M. Karewski avait pratiquée avec succès l'an dernier pour l'enlèvement d'une exostose papillaire située

(1) Notre collaborateur, qui vient de succomber si malheureusement, n'a pu corriger cette dernière œuvre qu'il nous avait fait l'honneur de nous envoyer.

à l'endroit où le processus zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arc zygomatique se rencontrent; 2° une seconde exostose est située à la protubérance mentonnière du maxillaire inférieur gauche; 3° une troisième exostose, très grande, se trouve à l'os frontal droit, recouverte par le cuir chevelu. La malade présente depuis environ six mois de la surdité de l'oreille gauche et porte : 4° une tumeur, qui atteint l'ouverture du conduit auditif externe gauche. Cette tumeur, recouverte d'une peau normale, représente certainement une quatrième exostose. Elle ferme hermétiquement l'ouverture du conduit auditif, de telle sorte qu'on ne peut pénétrer avec un stylet très fin entre la tumeur et la paroi du conduit auditif. L'ouïe est pour la conductibilité de l'air = 0, la conductibilité des os est conservée. Le diapason vertex est perçu à gauche, l'expérience de Rinne donne un résultat négatif. Il existe une légère douleur à l'oreille gauche. Il n'était naturellement pas possible de fixer d'une manière certaine l'insertion de la tumeur, mais je regardai comme vraisemblable qu'elle provenait de la paroi supérieure du conduit auditif.

De plus, toute la moitié gauche du visage était atrophiée, et cette atrophie ne touchait pas seulement la partie molle, mais aussi les os.

Je conseillai de décoller le pavillon de l'oreille et le conduit auditif cartilagineux, de couper ce dernier à sa réunion avec le conduit auditif osseux et de le rabattre en avant, afin de constater le siège de la tumeur pour l'enlever au moyen de ciseaux.

La première partie de l'opération fut conforme au programme, la seconde partie offrit plus de surprises. Quand le pavillon fut rabattu en avant, on vit qu'en dehors de l'exostose, qu'on pouvait voir de l'extérieur, il en existait une autre, et quand le tissu eut été séparé encore plus loin, on en aperçut une troisième. Les trois exostoses, plus ou moins larges à la base, siégeaient sur la paroi du conduit auditif antéro-supérieur et occupaient toute la partie osseuse, tout près de l'anneau tympanique. Toute la partie antéro-supérieure de la paroi du conduit auditif ainsi que l'agglomération d'exostoses fut enlevée avec les ciseaux, et on obtint de la sorte la pièce que vous avez sous les yeux. Dans la profondeur de la plaie, il n'y avait que peu de pus grumeleux. Après que le pavillon eut été remis en place et recousu, on plaça, sur mon conseil, un drain épais dans le conduit auditif et on l'introduisit jusque près de la membrane du tympan, comme Stake l'a recommandé dans son

opération. La guérison suivit par première intention et l'otorrhée cessa après quelques pulvérisations antiseptiques. A l'examen que j'ai pratiqué le 12 septembre de cette année, j'ai vu clairement la cicatrice de l'opération dans le conduit auditif ; il ne s'était produit aucun rétrécissement. Le conduit auditif tout entier était un peu dilaté. Il existe sur la membrane du tympan une cicatrice en forme de cœur. L'ouïe est modérément diminuée.

Ce qui m'a porté à publier cette observation, c'est surtout la coïncidence d'exostoses du conduit auditif avec la formation d'exostoses multiples du crâne et une hémiatrophie faciale ; coïncidence qui, à ma connaissance, n'a pas été encore relatée jusqu'ici et qui n'est pas signalée non plus dans l'*Anatomie pathologique du conduit auditif* de Steinbrügge, qui a paru récemment.

Selon moi, cette coïncidence prouve que, même si dans notre cas il existait une otorrhée ancienne, celle ci peut avoir favorisé la formation des exostoses, tandis que l'étiologie véritable reste aussi obscure, si l'on ne veut pas regarder la scrofule de l'enfant comme une suite de la syphilis héréditaire, que Toynbee considère comme la cause de la formation des exostoses. J'incline à conclure, d'après la présence simultanée de l'exostose de l'oreille avec d'autres exostoses du crâne, que la première et l'otorrhée n'étaient que des manifestations diverses du même trouble trophique, qui n'apparaissent que rarement l'une à côté de l'autre.

La présence d'exostoses chez les enfants est aussi assez rare. Bezold, dans de grandes recherches scolaires, n'a jamais rencontré d'exostoses de l'oreille, et Wagenhäuser a été étonné d'en voir chez un jeune homme de 17 ans. Le plus jeune sujet sur lequel on ait trouvé une exostose de l'oreille est une petite fille de 4 ans, observée par Field.

La présence de plusieurs exostoses dans la même oreille a été signalée, mais rarement; je doute que les exostoses dont on a rapporté les cas aient atteint la taille de celles que nous avons observées.

Je n'ai pas encore pratiqué l'examen microscopique de la tumeur afin de pouvoir vous montrer la préparation intacte.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies des oreilles, pour les étudiants et les médecins.

La littérature otologique allemande vient de s'enrichir d'un nouveau traité qui aura sans doute beaucoup de succès. La plupart des traités allemands sur la matière sont, en effet, à de rares exceptions près, beaucoup trop volumineux : ils paraissent ne s'adresser qu'aux spécialistes. Le livre de M. Rohrer, au contraire, est bien fait pour les étudiants et pour les praticiens ordinaires, auxquels il apporte, sous une forme concise et très claire, les notions les plus utiles et les plus complètes sur les maladies de l'oreille et sur leur traitement.

Ce n'est pas à dire que les spécialistes n'y trouveront rien d'intéressant pour eux : il suffirait de rappeler avec quelle ardeur M. Rohrer étudie la mycologie de l'oreille pour affirmer qu'on y rencontrera des notions originales. De fait, l'auteur signale à chaque instant ses propres recherches, invoque ses observations et ses statistiques, donne son opinion sur les points controversés de l'otiatrie.

Il est difficile de le suivre pas à pas, et nous ne ferons qu'indiquer rapidement les grandes lignes de son livre. Le premier quart est consacré aux notions générales sur l'anatomie comparée, le développement de l'oreille chez l'homme, l'anatomie et la physiologie, les méthodes d'exploration de l'oreille, du nez et de la gorge, et les résultats qu'elles donnent.

A propos des maladies de l'oreille externe, il rappelle ses travaux sur les microbes que l'on trouve dans l'eczéma, dans les bouchons cérumineux, etc. Pour les maladies de l'oreille moyenne il indique aussi avec soin l'état de la bactériologie, insiste avec raison sur la nécessité d'un traitement antiseptique rigoureux, et recommande, à tous ses chapitres, une attention vigilante du côté du nez et du pharynx. Il semble n'être qu'un partisan modéré du cathétérisme à outrance, comme on le pratique trop généralement : par contre, il se loue beaucoup de l'emploi des appareils de Delstanche, le raréfacteur et le mas-

seur. Il va sans dire que les affections de l'oreille moyenne occupent la plus grande partie du livre ; les travaux les plus récents, notamment ceux qui concernent la thérapeutique, y sont partout bien indiqués.

Nous croyons inutile d'insister sur les autres chapitres du livre, qui sont traités avec le même soin et qui seront consultés avec fruit en raison de la simplicité et de la clarté de l'exposition. Le volume se termine par un court chapitre sur la surdi-mutité, dans lequel M. Rohrer insiste sur la nécessité d'une prophylaxie raisonnée et sur la nécessité de soumettre les petits sourds-muets à un traitement qui pourra amener la guérison, comme il en rapporte un cas. Ajoutons que les figures, qui sont très nombreuses, ont été particulièrement soignées.

M. LANNOIS.

Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites, par le Dr L.-G. JOURDANET. (*Thèse de Lyon*, juillet 1891.)

Les complications qui peuvent survenir du côté du cervelet sont beaucoup moins fréquentes que celles qui atteignent les méninges ou le cerveau : aussi ont-elles moins préoccupé les auteurs, tant chirurgiens qu'otologistes. Signalées incidemment dans les traités ou publiées seulement sous forme d'observations isolées, d'ailleurs nombreuses, elles n'ont encore donné lieu à aucun travail d'ensemble. L'attention est cependant de nouveau éveillée sur elles depuis que les progrès de la chirurgie ont permis de faire sans danger la trépanation de la boîte crânienne, et surtout depuis que Macewen a publié une observation remarquable de guérison par l'évacuation de la cavité purulente formée dans le cervelet.

Sous l'inspiration de M. le Dr Gangolphe, M. Jourdanet vient de faire un intéressant travail dans lequel il a rapproché un certain nombre d'observations et qui, sans trancher toutes les difficultés, apporte cependant quelques notions utiles sur la question.

L'otite moyenne suppurée chronique, dit M. Jourdanet, se complique assez souvent d'abcès du cervelet, dans la proportion de 3 sur 10 cas d'abcès encéphaliques otitiques. Les abcès cérébelleux sont plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, en raison de l'absence, chez ce dernier, de cellules mastoïdiennes bien developpées : ils peuvent coexister avec ceux du cerveau dans la proportion de 5 0/0.

L'abcès du cervelet est généralement unique, tantôt en rapport direct avec la lésion primitive, tantôt séparé par une couche de tissu sain. Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que les abcès cérébelleux sont fréquemment de date déjà ancienne au moment de l'autopsie. Ils peuvent s'accompagner de thrombose des sinus, méningite de la base, lésions viscérales, etc., qui contre-indiquent l'intervention chirurgicale.

Le chapitre consacré à la clinique est celui qui prêterait le plus à la critique dans le travail de M. Jourdanet. Il est vrai que la tâche était ici particulièrement difficile, car rien n'est plus obscur, dans la grande majorité des cas, que le diagnostic des abcès du cervelet. Sauf quelques cas rares, on sera presque toujours amené à trépaner le cervelet comme l'a fait Macewen, c'est-à-dire après avoir pratiqué une trépanation infructueuse au niveau du lobe temporo-sphénoïdal. C'est, d'ailleurs, l'opinion à laquelle arrive notre auteur.

Mais nous appellerons spécialement l'attention sur le chapitre de l'intervention chirurgicale. L'auteur fait ressortir toutes les difficultés de l'opération elle-même et de l'anesthésie; il indique avec soin le point d'élection pour la couronne du trépan, c'est-à-dire, comme l'a conseillé Poirier, le milieu de la ligne reliant la pointe de l'apophyse mastoïde à l'apophyse occipitale externe; enfin il décrit minutieusement les temps de l'opération et les soins consécutifs, en un mot, donne d'une manière complète le manuel opératoire.

M. LANNOIS.

ASSOCIATION BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

NOVEMBRE 1890 (1).

KENDAL FRANKS. — *Lymphadénome des amygdales.*

Homme de 46 ans, présentant tous les signes d'une obstruction nasale; depuis plus de 15 ans, souffre de la gorge et d'hypertrophie des amygdales. Adénopathie sous-maxillaire, axillaire, cervicale. Tout cela dépendait d'une maladie de Hodgkin. Les amygdales furent enlevées dans une opération au cours de

(1) D'après le *Journal of Laryngology and Rhinology.*

laquelle l'asphyxie plusieurs fois imminente, obligea à faire la trachéotomie.

Le malade se remit de l'opération, mais fut emporté par les suites de l'affection générale. Plusieurs chirurgiens et spécialistes avaient porté le diagnostic de sarcome des amygdales; Sir James Paget et l'auteur furent de ceux qui infirmèrent ce diagnostic, le sarcome n'attaquant jamais à la fois les deux amygdales.

Lennox Browne. — *Cas montrant la possibilité de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme facteur étiologique des papillomes chez les enfants.*

Troubles de la voix ayant débuté fin décembre 1889; curettage en plusieurs séances, mais repullulation de la tumeur; cautérisation à l'acide chromique sous le chloroforme; malgré cela, vers le milieu de 1890, Lennox Browne trouva sur la corde vocale droite trois tumeurs évidemment de nature verruqueuse, l'une au niveau de la commissure antérieure, l'autre surtout à la partie supérieure de la corde, une troisième plus en avant, près du bord libre de la corde gauche. L'enfant respirait bien par le nez, ne ronflait pas et se mouchait bien.

L'opération de l'ablation de ces tumeurs avec la pince fut faite sous le chloroforme malgré la grande difficulté; cependan le larynx fut débarrassé en 3 séances.

L'enfant fut prise 15 jours après l'opération de crises nerveuses, de terreurs nocturnes. On trouva qu'il y avait, après ablation des amygdales, derrière le voile du palais, une grande masse de végétations adénoïdes. La guérison s'ensuivit complète.

Lennox Browne. — *Enclavement méconnu d'une dent artificielle pendant vingt-deux mois; enlèvement heureux.*

Femme de 35 ans, de grande taille, mais extrêmement émaciée; ne pesant que 98 livres; on avait même un moment posé le diagnostic de phthisie ou de cancer. Au laryngoscope l'auteur vit en travers du larynx fixé dans chaque fosse hyoïde un fragment de dent artificielle, divisant le larynx en deux. Il fallut pousser loin l'anesthésie afin d'obvier aux accès de dyspnée, pour enlever le corps étranger. Celui-ci avait été dégluti pendant la nuit au cours d'une crise d'épilepsie à laquelle la malade ignorait être sujette. Guérison.

Hunter Mackenzie. — *Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique.*

Deux observations tendant à montrer que l'immobilité n'existe pas dans la syphilis de la corde vocale. Mackenzie ne peut encore dire si elle a été observée dans d'autres affections que le cancer et le tubercule. Il y a peu de chose à dire pour la cause immédiate de cette immobilité progressive de la corde vocale; elle est sans nul doute due à l'infiltration des couches profondes et des muscles par la tumeur ou le dépôt de nouvelle date.

Lennox Browne. — *Immobilité persistante de la corde vocale droite après guérison complète d'une attaque d'hémiplégie.*

Homme de 42 ans, habitué à chanter beaucoup; jamais de troubles vocaux avant un refroidissement perçu le long du cou suivi quatre semaines après d'hémiplégie, et la voix devint sourde. Pas de syphilis. Corde vocale droite fixée en position médiane, très légèrement courbée; à première vue, gonflement des plis aryténo-épiglottiques et des cartilages aryténoïdes. A noter qu'à l'âge de 14 ans le malade avait eu une scarlatine suivie d'un abcès cervical, mais la voix n'avait pas subi la moindre atteinte.

Dundas Grant. — *Tumeur d'une corde vocale; opération.*

Homme de 50 ans, sans antécédents importants; vers la fin de 1889, phénomènes ressemblant à de la tuberculose laryngée. Corde vocale droite remplacée par une masse nodulaire, rose pâle, projetée en travers de la ligne médiane pendant la phonation, semblant descendre en bas de la glotte. Corde droite congestionnée, mais bien mobile. Derrière l'angle de la mâchoire inférieure gauche, on sentait une glande hypertrophiée; il s'agissait d'une néo-formation épithéliale. Trachéotomie, section du cartilage thyroïde, il fallut enlever tout l'intérieur du larynx; le malade resta deux heures et demie sous le chloroforme sans accidents. Il guérit.

Sandford. — *Oesophagotomie chez un syphilitique.*

Homme de 29 ans, sujet à des accès de démence; le 18 février, impossibilité d'avaler; à 9 pouces des dents, arrêt de la sonde par un corps dur, résistant. Malade gai, amusé des examens. Après chloroformisation, incision à droite longue de

4 pouces; œsophage atteint par direction entre trachée et gros vaisseaux; muscle omo-hyoïdien sectionné entre deux ligatures. Dans l'œsophage, grosse pierre de 620 « grains », triangulaire, mesurant environ un pouce 3/4, épaisse de 3/4 de pouce. Pas de suture de la plaie œsophagienne, suture au fil d'argent après insertion d'un drain de la plaie du cou. Mort le 7e jour d'épuisement dû à l'excitation maniaque; dans l'intestin, 8 pierres de différent volume. Ce cas serait le 47e rapporté depuis 1735.

MAYO COLLIER. — *Paralysie post-diphtéritique du palais.*

Peu de symptômes du côté du pharynx; un mois après, troubles vocaux, ingurgitation des liquides à travers le nez. Paralysie de tous les muscles du voile; écoulement de l'oreille droite, surdité complète de ce côté, ouïe diminuée à gauche. Le muscle tenseur du voile, suivant Ross, était innervé par le ganglion sphénoïdien, mais Mayo Collier a vu plusieurs cas où la maladie de la portion intra-cranienne du facial a été associée à une paralysie complète de l'élévateur du palais. Dans d'autres cas, une affection de la portion intra-cranienne du ganglion sphénoïdien avait aussi causé une paralysation complète de l'élévateur du palais; dans un cas récent, où on avait enlevé le ganglion de Méckel, pas de trouble du voile, ce qui montre qu'il peut y avoir d'autres sources nerveuses, peut-être deux. Les muscles entourant des tubes creux ne sont pas en règle générale gouvernés par des centres intra-crâniens, mais dérivent leur influence nerveuse de ganglions voisins. C'est probablement ce qui s'est produit dans le cas présent; c'est ce qui expliquerait l'état des parties, paralysie complète due à une affection du tube nerveux.

MAYO COLLIER. — *Végétations symétriques (syphilitiques) sur les cordes vocales.*

Syphilitique ayant eu plusieurs accès de catarrhe du larynx. Voix devenue enrouée; frange bien marquée de végétations verruqueuses à la partie supérieure d'une corde vocale, excroissances papillomateuses dues à la syphilis et à des attaques de catarrhe répétées. Ablation avec la pince. Pour obtenir l'anesthésie de la gorge, la cocaïne fut bien inférieure, ainsi que Collier en avait l'expérience, aux simples gargarismes à l'eau froide, à la glace et surtout à l'entraînement progressif qui s'ensuit. Iodure de potassium pendant trois mois, au bout des-

quels on constata un tubercule sur la muqueuse de la corde droite ; la même chose survint à gauche absolument symétrique, évidemment due à l'infection par contact. Pas de traitement local, le perchlorure de mercure, l'iodure de potassium firent presque disparaître les végétations. Le défaut de soin les a fait revenir, et M. Collier se propose de les opérer avec un instrument fait comme un spéculum rectal avec trois ressorts se fermant jusqu'à avoir le diamètre d'un crayon ordinaire. R. L.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 10 janvier 1890 (1).

Présidence de M. B. FRAENKEL.

(*Berlin. kl. Woch.*, n° 39, 29 septembre 1890.)

A. — *A propos de la blenorrhée de Störk.*

GRABOWER présente un cas qu'il considère comme appartenant à la blenorrhée de Störk. Le malade, âgé de 25 ans, présenta, il y a 6 ans, au milieu d'une santé excellente, un écoulement nasal verdâtre épais, qui disparut sans traitement après avoir persisté 3-4 ans. Depuis cette époque, le malade se plaint d'une sensation de sécheresse dans le nez et dans la gorge. Depuis un an et demi s'est développé un enrouement assez marqué. La muqueuse des cornets et du septum est sèche, recouverte de croûtes noirâtres et non atrophiées.

A l'examen du rétropharynx, on retrouve sur la voûte pharyngée ces mêmes croûtes et un mucus épais à l'extrémité postérieure des cornets inférieur et moyen.

La muqueuse laryngée est pâle. On aperçoit à l'angle antérieur des cordes vocales inférieures, et *seulement pendant l'inspiration* une masse grise légèrement rosée, semblant adhérer avec

(1) Ce compte rendu antérieur à ceux qui nous ont été envoyés par notre regretté collaborateur le Dr Krakauer n'avait pas encore été publié.

la face inférieure des deux cordes vocales, faisant saillie dans la lumière laryngée.

Elle disparaît pendant les efforts de phonation. Elle s'avance presque jusqu'au milieu des cordes vocales et s'y termine par un rebord concave. A la lumière solaire, les deux premiers anneaux de la trachée apparaissent épaissis et présentent quelques points purulents.

Le malade vient de l'Allemagne du Nord, c'est-à-dire d'une contrée autre que celle où Störk a observé la blenorrhée des voies aériennes supérieures (Galicie, Pologne). En second lieu, la maladie a eu une évolution beaucoup plus rapide que les malades de Störk.

Cependant Grabower arrive par exclusion (tuberculose, syphilis, laryngite atrophique) à cette conclusion qu'il s'agit de l'affection décrite par Störk. La masse gris rougeâtre compacte qui existe à la commissure antérieure est constituée par un tissu de granulations nées sur le fond d'une érosion développée sous l'influence d'une irritation causée par l'écoulement des sécrétions sur le bord des cordes vocales. Le traitement doit consister à séparer les deux cordes par le galvanocautère.

Pour Schoetz, il s'agit d'un catarrhe atrophique du nez, du pharynx et du larynx ainsi que le montre la présence de croûtes. Celles-ci, au lieu de siéger comme d'habitude à la partie postérieure, se voient à la région antérieure du larynx. La tumeur de la commissure antérieure est un repli de la muqueuse, qu'on observe presque normalement et qui en impose parfois aux débutants par une adhérence des cordes vocales.

Dans le cas présent, ce repli est le siège d'un processus catarrhal intense. Comment admettre une voix claire et une respiration libre s'il existait une adhérence des cordes atteignant leur moitié antérieure. Le traitement doit être médical (iodure de potassium et inhalations) et non chirurgical.

P. Heymann a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner les cas présentés, notamment à la Société de médecine de Berlin, comme blenorrhée de Störk. Il s'agissait de cas présentant plus d'une affinité avec ce qu'a décrit Störk, mais en différant cependant ; on n'y observe pas d'épaississement de la trachée.

B. Fraenkel est assez embarrassé en présence de ce cas, n'ayant jamais vu de blenorrhée de Störk. Il existe là un catarrhe rhino-pharyngo-laryngé atrophique avec adhérences sous-glottiques. Après les opérations (celles de papillomes) consécu-

tivement aux ulcérations tuberculeuses se montrent des adhérences dans tous les points de la glotte et les adhérences dans les faits d'ulcérations de la région de la commissure antérieure ne sont nullement rares. Peut-être est-il survenu ici à la région où existe l'adhérence, une ulcération à une époque déjà éloignée de la vie (diphtérie, scrofule).

B. — Diphtérie et muguet.

Schadewald remarque que les médecins de Berlin portent souvent à tort et à travers le diagnostic de diphtérie toutes les fois qu'il existe un exsudat blanc dans la gorge.

D'après lui, le diagnostic est en effet difficile et l'on peut voir une angine lacunaire évoluer vers la diphtérie grave et une angine avec dépôts blancs abondants guérir très rapidement.

Il n'existe pour lui aucun signe certain et il en propose un assez sûr; lorsque l'affection reste stationnaire, traîne en longueur, ce n'est pas de la diphtérie. Celle-ci a une évolution plus troublée, elle progresse ou disparaît.

Tel est le moyen de diagnostic le plus sûr avec les pseudodiphtéries fibrineuses, scarlatineuses, syphilitiques du muguet.

Nous sera-t-il permis de rappeler que dans le pays de Bretonneau et de Trousseau, on ne se contente pas de signes aussi contingents, et qu'on sait, en se fondant sur l'aspect des fausses membranes, sur l'état général des sujets, etc., ne pas confondre une angine pultacée, lacunaire, etc., avec la diphtérie vraie. Certes, il ne saurait être nié que certains cas trompent le clinicien le mieux exercé (Roux et Yersin ont étudié ces cas au point de vue bactériologique et bien établi qu'il peut exister des angines pseudo-membraneuses non diphtéritiques), mais ces erreurs sont relativement exceptionnelles. P. T.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Le menthol dans les affections des voies aériennes supérieures, par Potter. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc*, 1er février 1890, in *Journ. of Laryng*, n° 7, 1890.)

L'auteur emploie une solution de 1 à 40 0/0 dans l'huile de pé-

trole de préférence à l'huile d'olive. Elle peut être aisément pulvérisée par tout appareil à large orifice. La solution peut être portée à 50 0/0. Au-dessus de 25 0/0, on s'est servi du menthol en inhalation; en dessous de ce degré, en application directe. Si la solution est trop forte, elle causera de vives douleurs. Quoique rafraîchissante et agréable, la solution n'a pas semblé avoir d'effet marqué sur la rhinite aiguë ordinaire et ses diverses formes. Il y a eu rarement bénéfice marqué dans des cas de simple rhinite chronique. Avantage marqué après opérations sur les voies nasales. Grand avantage comme traitement accessoire dans la rhinite atrophique où l'on peut s'en servir à 35 0/0 pour diminuer ensuite.

Le menthol peut être employé avec bon résultat dans les inflammations aiguës et chroniques du pharynx et de la bouche; il diminuera fréquemment la durée d'une attaque de mal de gorge, si l'on s'en sert de bonne heure; il a rendu des services pour des inflammations subaiguës et chroniques du larynx. Il diminue, dans la tuberculose du larynx, les hypersécrétions et guérit les ulcérations, mais a peu d'effet sur les infiltrations.

La dysphagie est moindre, la nutrition s'améliore. R. L.

Traitement de la tuberculose laryngée par la créoline et le naphthol, par Favitzky. (*Meditz. Obozr.*, n° 19, 1889, in *Journ. of Laryng*, n° 6, 1890.)

Avec la créoline, résultats bien peu satisfaisants. Le plus souvent, aucune amélioration; dans quelques cas, amélioration très légère, mais très passagère, quelquefois même suivie d'aggravation.

Quant au naphthol, son action sur le processus morbide était limitée à une diminution des infiltrations et à une légère amélioration dans l'aspect des ulcérations. Dans aucun cas on n'observa quelque chose dans le genre d'une guérison. R. L.

Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabes, par Giesen. (*Med. News*, 5 mars 1890, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Cas de tabes avec accès laryngés pendant la dernière année; une des crises fut fatale. Au microscope, lésions de névrite chronique sur les racines du vague et la portion accessoire de l'accessoire du spinal des deux côtes. Cette lésion est probablement plus fréquemment cause des crises laryngées que les lésions centrales.

Deux classes de crises laryngées : 1° Avec état normal des constricteurs et dilatations de la glotte; crises par spasme réflexe des adducteurs; 2° cas plus nombreux où les constricteurs et dilatateurs sont plus ou moins paralysés.

La première forme peut être produite par une névrite des racines de la portion accessoire de la 11° paire, irritant les fibres sensitives du larynx et à laquelle correspond une impulsion motrice du vague fermant la glotte par contraction des adducteurs. La seconde espèce peut être due à un degré de névrite altérant le vague, d'où, à la fois, incapacité motrice des adducteurs et abducteurs. L'expérience sur les animaux ayant montré la prédominance des adducteurs, une diminution de l'énergie de ces deux ordres de muscles rendrait l'équilibre instable. Quand il y a névrite à la fois du vague et des nerfs accessoires, les conditions sont favorables pour produire de violentes crises. R. L.

Sténoses trachéales, par Grossmann. (*Wien Klin.*, in *Journ. of Laryng*, n° 6, 1890.)

Traité complet du sujet; au début étiologie reconnaissant comme causes externes : des tumeurs bénignes et malignes du corps thyroïde dont une liste est donnée pour les cas rares, compression par tumeurs des glandes lymphatiques, hygromas, inflammation aiguë et chronique du tissu cellulaire, anévrysmes.

Les rétrecissements intra-trachéaux sont dus à des maladies internes du conduit et secondairement à des opérations comme la trachéotomie ou l'usage des canules. Les inflammations les plus dangereuses sont érysipélateuses et phlegmoneuses. L'œdème peut être de cause périchondritique, métastatique, ulcérative par granulation. Après trachéotomie, il peut y avoir des éperons, un gonflement de la muqueuse par tirage à l'inspiration, formation de valvules dans les muqueuses, affaiblissement du cartilage, formation de cicatrices, etc.

Les neoplasmes sont rares. Lange a observé une intussusception traumatique de la trachée; le malade ne pouvait respirer qu en renversant la tête et finit par se suicider : diagnostic fait à l'autopsie.

Pour le diagnostic le symptôme le plus important est le bruit caractéristique. A un certain degré, le rétrécissement est compensé par une respiration lente et profonde, si bien que dans quelques cas les malades ignorent leur dyspnée. L'auteur traite longuement de l'influence des sténoses sur le cœur; presque

toujours, le pouls est plus lent et plus fort. Mécaniquement et par l'effet de la mauvaise oxidation du sang, la pression du système veineux est augmentée. A ce moment le cœur est si malade, que même si l'on remédie à la sténose par la trachéotomie, une amélioration n'est pas souvent possible. Le diagnostic se fait par le laryngoscope. On peut souvent voir directement la place sténosée. Quelquefois, par la paralysie de la corde vocale gauche ou des deux, on peut diagnostiquer un anévrysme ou une tumeur comprimant le nerf récurrent. Pronostic variant suivant l'étiologie et la curabilité. Comme traitement basé sur la cause : dilatation, dans le cas de cicatrices ; de néoplasmes, extirpation ; de sténoses par compression, opérations sur le corps thyroïde ou les néoplasmes. R. L.

Traitement des sténoses membraneuses dans la région sous-glottique, par JACOBSON. (*Meditzina,* n° 1, 1890, p. 7, in *Journ. of Lar. and Rhin*, n° 8, 1890.)

Assez rarement dues à un traumatisme pour le larynx et la trachée ; traitement difficile, souvent peu satisfaisant ; toujours préférer un traitement endo-laryngé à la laryngo-fissure ; il est mieux supporté, se fait sans chloroforme et sans aides indispensables ; il peut être répété aussi souvent que possible et rétablit mieux les fonctions. R. L.

Sur 32 cas d'intubation dans la diphtérie laryngée, par URBAN (*Deutsch. Zeistch. f. Chir., Bd* 31, *Heft* 1 et 2, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Résultats très mauvais ; dans 18 cas il fallut faire ensuite la trachéotomie : 3 fois pour faire manger le malade ; 10 fois pour la dyspnée ; 4 fois pour une soudaine obstruction du tube ; une fois pour œdème des replis aryténo-épiglottiques. Tous moururent. Urban pense que le tubage a quelques avantages ; absence d'hémorrhagie, d'anesthésie et d'aides, mais qu'il n'est applicable que dans certains cas. Mais il est si inférieur à la trachéotomie qu'on ne l'essaie plus. R. L.

Plaie pénétrante de la trachée ; guérison rapide, par GORODETZKY. (In *Journ, of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Plaie de 4 centimètres de long, horizontale à la partie antérieure du cou au niveau de la fosse jugulaire ; pénétrant la paroi antérieure de la trachée, un peu à droite de la ligne médiane, sur une longueur d'environ un centimètre. Quand le malade

tenait la tête droite, la blessure de la peau était bien close et la parole à voix haute possible. La peau fut suturée après hémostase par compression; pansement antiseptique. Quatre jours après, léger emphysème sous-cutané, un peu de toux avec expectoration sanguinolente, léger mal de tête, douleurs autour du cou et du sternum. Température ne dépassant pas 37,6; pouls à pas plus de 82; respiration toujours facile et libre. Guérison par première intention; le cinquième jour, enlèvement des sutures. Sortie le sixième jour. B. L.

Traitement des affections du larynx dans la tuberculose, par le Dr Charters J. Symonds. (*Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 10, p. 420; 1890.)

Les méthodes de traitement en usage actuel sont, avec l'application d'acide lactique, de menthol, d'iodoforme, le curettage suivi d'application d'acide lactique, enfin la trachéotomie.

Le but opératoire est de guérir toux et dysphagie, d'améliorer la santé en permettant la déglutition; diminuer la possibilité de l'affection pulmonaire; produire une guérison plus rapide dans les cas disposés à guérir spontanément.

Les cas les plus favorables sont: 1° ceux où il n'y a pas de signe d'affection pulmonaire; 2° ceux où il y a dysphagie marquée et toux, avec maladie des poumons mais lente; 3° ceux où la lésion pulmonaire est précoce ou chronique.

L'auteur propose: 1° détruire la lésion tuberculeuse du larynx par un irritant ou de l'enlever par érosion ou curettage; 2° d'employer surtout l'acide lactique; 3° les méthodes endolaryngées suffisent à enlever et traiter la maladie dans la majorité des cas. R. L.

Etude anatomique des relations du vague et des rameaux sympathiques l'un avec l'autre dans la région du larynx. — Contribution à l'explication du shock suivant l'extirpation du larynx, par le Dr Alpiger. (*Langenbeck's*, *Arch.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 11; 1890.)

Il y a 2 ans Stœrk déclarait la mort par schock consécutive à l'extirpation du larynx par des troubles d'innervation du cœur. Par section du rameau cardiaque la régularité du cœur est interrompue et la paralysie du cœur s'ensuit. Pour éclaircir ce point, Alpiger a examiné 19 cadavres et conclut (1): l'anastomose du laryngé supérieur avec le cardiaque supérieur bran-

che du sympathique est fréquente. Quelquefois il n'y a qu'une anastomose unilatérale et dans ces cas un des cardiaques supérieur sympathique manque (2) : le rameau cardiaque supérieur manque assez souvent, surtout à droite. Il est probable que le rameau anastomotique a des fibres dépressives et que si elles sont coupées, il en résulte une accélération du cœur. La paralysie ne peut être expliquée par le résultat de ces recherches anatomiques. R. L.

Verruca dura du Larynx, par le Dr Bergengrun. (*Virchow's Archiv*. B. 118, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 11 ; 1890.)

Dans la région aryténoïdienne saillies blanchâtres du volume d'un pois, durs, base large, facilement enlevables. Mobilité normale du larynx. Muqueuse en état de catarrhe chronique. Au microscope il s'agissait d'une véritable verrue. R. L.

Cas de lèpre des piliers et du larynx, par Simanowsky. (*Vratch*., n° 38, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*., n° 12, 1890.)

Lèpre tuberculeuse type chez une paysanne de 38 ans; nez, lèvre supérieure, portion entière de la bouche garnie de tubercules ; catarrhe chronique nasal, croûtes, érosions de la narine gauche multiples. Sur le voile, à la jonction des piliers antérieurs, tache légèrement inclinée du volume d'un pois, entourée d'un halo diffus rougeâtre ; taches semblables sur le pilier postérieur droit, l'amygdale. Epiglotte à bords épaissis, tache au milieu. Epaississement et congestion des aryténoïdes et des cordes ventriculaires ; les autres cordes également plus larges et gris rougeâtres. Catarrhe chronique grave du larynx. R. L.

Abcès péritrachéal avec pleurésie consécutive séro-purulente, par Ijboldin. (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina*., n° 19, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*., n° 12, 1890.)

Dans la convalescence de rougeole suppuration et désagrégation des glandes péritrachéales ; abcès ouvert dans la plèvre correspondante, apparition rapide d'une pleurésie séro-purulente ; costotomie, empyème ; évacuation d'un liquide abondant. Mort douze heures après l'opération de paralysie du cœur. R. L.

Acide chromique dans l'épistaxis habituelle, par Pogorelsky. (*Meditzina*, n° 51, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 12, 1890.)

Jeune garçon de 17 ans, ordinairement bien portant, hémorrha-

gies profuses avec symptômes de congestion céphalique. Série de cautérisations aux points sources des hémorrhagies, les uns après les autres amenèrent la guérison définitive après deux mois de traitement. R. L

Deux cas de rhinosclérome, par ROBERTSON. (*The Satellite*, juillet 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Affection excessivement rare en Angleterre ; survint chez deux sœurs de 33 et de 40 ans. La première prise à 16, la seconde à 17 ans. Le premier cas débuta par un gonflement dur, douloureux de la lèvre supérieure, saignant souvent. Adhérences vers la gencive quand l'œdème disparut après trois ans. Dans la narine droite parut une masse large, dure, douloureuse, obstruante ; même chose survint ensuite à gauche. Perte des dents. Dans les derniers cinq ans, enrouement, aphonie, difficulté pour respirer. Il existe un élargissement bulbeux du nez, avec sténose complète des deux ouvertures avec formation membraneuse comme une toile d'araignée. Tissus durs, avec plaques pseudo-cartilagineuses. Luette rétractée, voile pâle. Une bande blanche brillante, descendait derrière le pilier postérieur jusqu'à l'épiglotte pâle, avec masse nodulaire à son sommet. Muqueuse laryngée pâle et épaissie, comme celle couvrant les cartilages arytinoïdes. Bandes ventriculaires pâles et élargies, dépassant les cordes vocales pendant l'élocution, parcourues suivant leur longueur par des bandes pâles, pseudo-cicatricielles. Cordes vocales jaunes pâles, filtrées et limitées dans leurs mouvements. Tache de sclérose dans la trachée.

Deuxième cas identique.

Diagnostic avec syphilis et lupus ; la première fut facilement éliminée ; le lupus était exclu par l'absence de pertes de substance, d'ulcérations, d'odeur, de suppurations fétides, de cicatrices réouvertes, ou de lésions cutanées dans le voisinage.

Au microscope, tissus infiltrés d'un amas de cellules à aiguilles et rondes, plus petites que les cellules à granulations, entassées dans les papilles qui étaient plus grosses que normalement. Elles envahissaient le chorion et contenaient de nombreux vaisseaux sanguins. R. L.

Nouvelles recherches sur le streptocoque des muqueuses en rapport avec l'étiologie du catarrhe nasal, par Pasquale. (*Giornale Internaz. delle Science Med.* 15 août 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Dans les cultures, diplocoques et streptocoques, plus petits que ceux de Fraenkel, ne colorant pas par le Gramm; morphologiquement semblables à un de ceux décrits par Babes, mais ne poussant pas dans la gélatine et clairement aérobie.

Les inoculations prouvent également la différence d'avec le streptococcus de Fraenkel. Au maximum de développement, mis sous la peau de lapin, il produit la gangrène et reste inoffensif. Il perd sa virulence, manque dans les sécrétions de la bouche ou du pharynx. Pasquale ne croit pas à la pathogénie de ce rhino-streptocoque dans le coryza. R. L.

Contribution à l'histologie normale de l'organe de l'olfaction chez l'homme, par Suchannek. (*Arch. f. Microsk. Anat.*, vol, 36, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

L'épithélium olfactif chez les adultes et les enfants d'un certain âge ne couvre pas d'une façon continue les régions dites olfactives du méat supérieur et de la portion voisine du septum; il est limité à des portions irrégulières de la voûte des fosses nasales. Par exception, au microscope, une pigmentation marque sa place, mais peut exister sans lui. Pour diagnostiquer certainement la présence des cellules olfactives il faut : 1° une rangée de fins poils (Riechhaerchen) ; 2° une rangée de protoplasma de 0,015 à 0,018 d'épaisseur, formée par les extrémités périphériques des cellules olfactives ; 3° la présence de cellules non pigmentées avec noyaux libres. Chez les adultes se trouvent aussi des cellules en forme de bouteilles dites par l'auteur Glockenzellen; 4° une différence entre les noyaux de cellules de support (Stutzzellen) et les cellules olfactives ; 5° l'existence d'une zone de noyaux des cellules olfactives ; 6° la présence d'une rangée de cellules locales, qui n'est pas séparée de la couche cutanée par aucune tunique propre; 7° la pigmentation de l'extrémité périphérique de cellules de soulèvement ; 8° la présence de glandes de Bowman et de fibres olfactives dans la tunica propria et l'agglomération de pigment entre les glandes, les nerfs et les fibres olfactives. R. L.

Quelques réflexions pratiques sur la maladie de l'antre, par le Dr Bosworth. (*Boston Med. and surg. Journ.*; 26 juin 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 11 ; 1890.)

Ordinairement due à une maladie des cavités nasales, surtout aux polypes. On trouve souvent en même temps de la rhinite aiguë, rien de certain pour la rhinite chronique. Pas de cas observés où la cause ait été une dent cariée. Principal symptôme, issue de pus louable de l'une ou de l'autre narine, ordinairement en avant ; quelquefois simulation de catarrhe naso-pharyngien postérieur. Douleur vive le long des branches du nerf facial. Bosworth dit que le pus louable ne provient que d'une maladie des sinus accessoires. Le difficile est de déterminer s'il s'agit des sinus de l'antre, sphénoïdaux, ethmoïdaux ou frontaux.

Mieux vaut percuter avec l'index placé sur le trou sous-orbitaire que sur l'os molaire ; la submatité indique une maladie de l'antre. Bosworth préconise l'opération par l'alvéole et l'insertion du tube de Bordman avec nettoyages fréquents. R. L.

Déviations de la cloison nasale, par le Dr Nikolai P. Simanovsky. (*Vratch*, n° 37, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 11 ; 1890.)

Sur 974 malades (603 hommes et 371 femmes), pas plus de 49 (24 hommes et 25 femmes), avaient une cloison parfaitement symétrique et droite ; 315 fois elle était partout irrégulière avec épaississements ou éperons ; 191 fois fortement infléchie à droite ; 188 fois à gauche ; 124 fois oblique ; 17 fois en S ou en zigzags.

La position est donc presque toujours irrégulière, au moins pour la population de Saint-Pétersbourg. R. L.

Cylindres médicinaux pour le nez dans le traitement de la fièvre de foin, du catarrhe et de la diphtérie nasale, de l'ozène, par le Dr Scanes Spicer. (*Journ. of Laryng. and Rhin*, n° 9; 1890.)

Cylindres creux en glyco-gélatine, gradués ; contenant des substances variées telles que morphine, azotate de bismuth, iodoforme, etc. L'auteur en a été très content dans les cas énumérés et aussi après les opérations dans les narines, l'eczéma des narines, le catarrhe post-nasal et la coqueluche. R. L.

Valeur de la méthode de dilatation forcée de Hewetson, surtout pour le traitement de la sténose nasale antérieure, par le Dr William Hill. (*Journ. of Laryng. and Rhin,* n° 9, 1890.)

William Hill a employé cette méthode dans 21 cas d'obstruction nasale antérieure bien nette avec des résultats très encourageants; il croit l'opération très utile, quoique à un moindre degré, dans la sténose moyenne. R. L.

Maladies des cavités accessoires du nez et issue de liquide cérébro-spinal à travers le nez, par Berg. (*Nord Med. Archiv.,* 1889, in *Journ. of Lar. and Rhin.,* n° 9, 1890.)

Ostéomes du sinus frontal chez un homme de 37 ans; 13 tumeurs ostéoïdes enlevées en trépanant le sinus, dilaté surtout vers le crâne; la dure-mère fut très exposée pendant l'opération. Le malade fut débarrassé d'une migraine tenace, en même temps issue d'un fluide aqueux abondant.

Chez une dame de 25 ans, hydropisie des sinus sphénoïdaux; céphalalgie; diminution de la vue par atrophie des deux nerfs optiques; liquide aqueux venant du nez. Trépanation de la partie postérieure de la paroi interne; après quoi liquide jaunâtre, abondant, remplissant l'orbite.

Le liquide provenait peut-être des vaisseaux lymphatiques, faisant communiquer la cavité sous-arachnoïde et la muqueuse du nez et non d'une fistule naso-cranienne par augmentation primitive du liquide cérébro-spinal. Quant à l'atrophie nerveuse, elle résulte d'une propagation du processus inflammatoire des vaisseaux lymphatiques dans la cavité sphénoïdale dans les espaces sous-méningés et sous-arachnoïdiens. R. L.

Kyste osseux du nez, par Major. (*Montreal Med. Chir. Soc. trans.* 27 juin 1890, in *Journ. of Lar. and Rhin.,* n° 9, 1890.)

Corps globuleux partant dans le méat moyen du cornet moyen; il en sortit à la ponction du liquide séreux jaunâtre; ablation par écrasement; il était composé d'une mince couche d'os, transparente, du volume d'une petite cerise. R. L.

Observations rhino-laryngologiques sur l'influenza, par Herzog. (*Assoc. des méd. de Styrie,* 1890, in *Journ. of Lar. and Rhin.,* n° 8, 1890.)

Dans 150 cas d'influenza, coryza séreux aigu; dans 7 cas, catarrhe nasal purulent avec névralgie sus-orbitaire. Épistaxis

fréquent. Dans le pharynx, occasionnellement hypérémie diffuse, de même dans le naso-pharynx. Dans un cas, l'auteur vit une inflammation aiguë de la partie interaryténoïdienne avec toux simulant celle de la phthisie. Les phthisiques furent très défavorablement influencés; pas de cas de mort. Après guérison de l'influenza, rarement persistance du catarrhe des voies respiratoires supérieures. B. L.

Cas rare de malformation du nez, par LANDOW. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1890, *B.* 6; in *J. of Laryng and Rhin.*, n° 8, 1890.)

Enfant de 5 semaines; moitié droite du nez normale, partie moyenne couverte de peau. Au lieu de la gauche, corps long d'un centimètre et demi, large de 3/4 de centimètre, ressemblant à une trompe d'éléphant; on l'extirpa; 4 ans après, il restait une petite fistule à la place. R. L.

Classification des maladies intra-nasales et naso-pharyngiennes, par LENNOX-BROWNE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 7, 1890.)

I. — *Cavités nasales.*

a) Rhinite aiguë : *a*) simple ou non spécifique; *b*) spécifique ordinairement purulente (fièvres, diphtérie, syphilis, gonorrhée, morve, etc.); *c*) nerveuse, hay-fever ou rhinite périodique hyperesthésique et pseudo hay-fever.

b) Rhinite chronique : *a*) simple; *b*) hypertrophique simple, spécifique, rhinosclérome; *c*) atrophique simple, spécifique strume, syphilis, tubercule, lupus, lèpre; *d*) rhinite caséeuse.

II. — *Conditions morbides de la charpente ostéo-cartilagineuse et de la cloison.*

Hématome, abcès; perforations non spécifiques, spécifiques : fièvres, syphilis, lupus, lèpre; rétrécissements, déviations et difformités : développement, traumatismes; hypertrophie ou éperons cartilagineux, ostéo-cartilagineux; nécroses ou caries, synostoses.

III. — *Nouvelles tumeurs d'origine muqueuse, osseuse ou cartilagineuse.*

Non malignes (polypes) : myxo-fibromes, muqueux-myomes, fibromes, cystomes, papillomes, enchondromes, osteome, exostose; malignes : sarcome, carcinome.

IV. — *Névroses.*

Du nerf olfactif : anosmie, parosmie, etc. ; de la cinquième paire : anesthésie, hyperesthésie ; du nerf facial : parésiedesailes.

V. — *Corps étrangers.*

Physiques : rhinolithes, etc. ; biologiques : larves, etc.

VI. — *Cavités accessoires, comprenant :*

Antre, sinus frontaux, sinus ethmoïdaux, sinus sphénoïdaux : catarrhe, empyème, nouvelles tumeurs, etc.

VII. — *Cavité naso-pharyngienne.*

Catarrhe postnasal ; hypertrophie de l'amygdale du pharynx, tumeurs adénoïdes ; nouvelles tumeurs, fibrome, etc.

Le reste de l'article est destiné à établir et à défendre cette classification. R. L.

Obstruction nasale et respiration par la bouche comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et dans le développement du palais voûté, par SPICER SCANES. (*Transact of the odont. Soc. of Great Britain*, janvier 1890, *in Journ. of Laryng*, n° 6, 1890.)

L'auteur a été frappé de l'irrégularité des dents chez les malades avec obstruction nasale et chez ceux respirant par la bouche, ainsi que par la fréquence du palais voûté et les irrégularités des dents, c'est-à-dire la croissance en dehors et en avant des canines, l'obliquité et la saillie des incisives de la mâchoire supérieure.

L'obstruction nasale est plus fréquente chez les Européens civilisés que chez les nègres, les Peaux-Rouges, etc. Ceux-ci sont presque tous des respirants par le nez. Les animaux sont exempts d'obstructions nasales. Dans les races civilisées, ces obstructions sont dues aux milieux, c'est-à-dire au chauffage des maisons et aux changements de température. La muqueuse nasale se gonfle, s'enflamme, s'hypertrophie, et il n'y a pas de tendance à une guérison spontanée. Les sécrétions irritantes excitent les canaux lymphatiques et les follicules du naso-pharynx ; il s'ensuit des végétations adénoïdes. (Suivant les vues de l'auteur, celles-ci doivent être plus communes chez l'adulte, cependant elles sont plus fréquentes chez l'enfant et tendent à s'atrophier vers l'âge adulte.) La respiration par la bouche conduit aux caries dentaires par l'augmentation du flot de micro-organismes et d'oxygène dans le courant inspiratoire, par la

production d'états congestifs et inflammés de la muqueuse buccale, avec sécrétion accrue d'un mucus très acide; par le dessèchement des sécrétions de la bouche, et en favorisant leur adhérence ainsi que celle des debris organiques aux creux et aux irrégularités des dents; par l'altération des positions des lèvres, des fosses, de la langue en rapport avec les dents, si bien que ces dernières cessent d'être continuellement humectées de salive par action de la langue; par la substitution d'un bain d'air froid au bain tiède de salive, qui coule incessamment dans la bouche quand celle-ci est fermée et emporte tous débris et micro-organisme qui peuvent y être rassemblés.

Le palais très voûté, les alvéoles et les dents du maxillaire supérieur irréguliers, associés avec l'obstruction du nez, admettent l'hypothèse d'une non-affectation prolongée des canaux du nez à leur fonctions naturelles pendant l'accroissement de l'organisme, menant à une évolution entravée de la charpente du nez. La cloison et les sinus sphénoïdaux y contribuent et ne font pas abaisser les apophyses palatines du maxillaire, pendant que le reste de la face et les alvéoles bien utilisés continuent de croître. La ligne médiane du palais osseux le long de l'insertion du vomer tend à garder sa position de l'enfance. Le poids de la mâchoire inférieure, se baissant pendant la respiration buccale, agit à travers les tissus des joues, et presse sur les alvéoles du maxillaire supérieur, diminue l'espace disponible pour la sortie des canines et des autres dents, lesquelles, par suite, prennent une position irrégulière. R. L.

Symptômes oculaires dus aux maladies des cavités nasales, par HAMILTON. (*Trans. inter. col. med. Congress of Australasia*, 1889, *in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

1° Empyème de l'antre, rhinite hypertrophique unilatérale gauche, contraction concentrique du champ visuel de toutes les couleurs, asthénopie accommodative, hyperesthésie rétinienne, sensations de lumière particulièrement subjectives, photophobie avec blépharospasme et névralgie infra-orbitaire. L'évacuation de l'empyème et sa guérison fut suivie par la guérison des symptômes oculaires.

2° Ecchondrose du cartilage triangulaire et rhinite chronique avec asthénopie, douleur du globe de l'œil, injection des yeux quand on travaillait de près, blépharospasme, contraction des champs visuels. Tous les symptômes oculaires disparus après ablation de la saillie.

3° Épine de la cloison osseuse causant une grande chorée, asthénopie, sensation colorée subjective, éternuement, champs visuels rétrécis. Guérison par enlèvement de l'épine.

4° Rhinite chronique atrophique avancée, avec hypertrophie du cornet moyen causant asthénopie, photophobie, lésions de la paupière inférieure, diminution du champ visuel. Amélioration concordante des yeux et du nez.

5° Ozène syphilitique, asthénopie, larmoiement, champs visuels rétrécis. Même résultat.

6° Polypes naso-pharyngiens avec symptômes oculaires semblables à ceux mentionnés.

7° Tumeurs postnasales. Dans 106 cas les symptômes oculaires coexistaient 51 fois; 22 fois, conjonctivite catarrhale; 7 fois, conjonctivite folliculaire; 16 fois, granuleuse; 6 fois, blépharite. R. L.

Mensuration du sens de l'odorat à l'examen clinique, par ZWAARDEMAKER. (*Lancet*, 29 juin 1889, *in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Description d'un olfactomètre, inventé par l'auteur pour l'estimation exacte du degré d'anosmie qui peut exister en un cas donné. R. L.

Notes sur l'asthme thyroïdien et son traitement chirurgical, par WRIGHT. (*Manchester med. Chronicle*, mars 1890; *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Sont dits asthmes thyroïdiens des cas où une dyspnée intense a été causée par une pression latérale d'une glande thyroïde hypertrophiée sur la trachée. Dans trois cas, ce n'était qu'une simple hypertrophie; une fois le malade était un crétin; une dernière fois, il y avait coïncidence de tous les symptômes de la maladie de Graves.

Quatre malades étaient de jeunes adultes, le cinquième un enfant de 2 ou 3 ans. Comme traitement, il y eut deux trachéotomies; deux fois l'isthme seul fut sectionné, une fois la trachée fut ouverte et l'isthme divisé 24 heures plus tard. Quatre morts: l'enfant succomba à la broncho-pneumonie; un à l'œdème du poumon, l'obstruction n'étant que diminuée; deux par glissement de la canule par suite de la profondeur de la trachée à la surface. Le malade guéri était un jeune homme chez lequel on fit la section de l'isthme dans l'intervalle des accès de dyspnée.

Points à établir dans cette variété d'asthme: 1° le début des symptômes est souvent soudain, pressant, spasmodique; 2° ils sont dus à la pression latérale directe sur la trachée; 3° la pression mécanique ne peut être soulagée que par des moyens artificiels; 4° la trachéotomie, très difficile, entraîne les dangers consécutifs de cellulite, de glissement des tubes, de complications pulmonaires; 5° la division de l'isthme thyroïdien est comparativement une simple opération; souvent, il s'ensuit une diminution de la glande, qui soulage la dyspnée et évite les maux produits par l'ablation entière. L'hémorrhagie est rarement considérable; 6° en cas de trachéotomie il faut un très long tube.

Dans la pensée de l'auteur, le mot d'asthme thyroïdien correspond à l'asthme thymique. R. LEUDET.

Erysipèle de la face consécutif à une diphtérie du pharynx, par OTT. (*Prager med. Woch.*, 1890, n° 14, *in Journ. of Laryng.*, n° 7, 1890.)

Guérison dans deux cas graves. C'est une complication rare, purement accidentelle vu la différence totale des organismes pathogènes. (Un médecin russe, Dr Betchincky, de Kiew, a observé des cas analogues qui ont tous guéri, quoiqu'il les ait d'abord supposés sans espoir. Il propose donc d'inoculer l'érysipèle dans les cas graves et croit à l'antagonisme des deux affections. R. L.

Corrélation de l'amygdalite folliculaire chez les enfants, avec d'autres affections zymotiques, par A. HONMAN. (*Inter. Colon Med. Congress of Australasia*, 1889, *in Journ. of Laryng.*, n° 7, 1890.)

Cette relation semble justifiée à l'auteur par les nombreuses fois où la maladie prit un caractère épidémique, par la façon persistante dont elle revient à un endroit quand les environs sont malsains, et les symptômes particuliers de son évolution. Début subit, précédé de raideur ou de convulsions, ou de délire furieux. Amygdales et luette rouge foncé; température 103 à 105; pouls vers 120. Vingt-quatre heures après, les amygdales extrêmement congestionnées se touchent au centre; la luette est œdémateuse. L'exsudation peut être très étendue, blanche, mais moins tenace que la diphthérie. Douleurs dans les jointures, mais pas d'hypertrophie ganglionnaire. Albuminurie fréquente. En 48 heures, ces symptômes ordinairement se calment

et l'enfant est bien le quatrième ou cinquième jour. Dans un cas, un enfant exposé à l'infection ne présenta pas de signes de diphthérie, ce ne fut qu'après rechute qu'elle apparut sur les amygdales, et l'enfant succomba au croup. A trois maisons de là, en existait une où chaque enfant avait été, à plusieurs reprises, pris d'amygdalite folliculaire; ces cas devinrent de plus en plus graves après décès de l'enfant susdit, et trois mois, puis cinq mois après, deux enfants furent pris de diphthérie type.

Dans un autre cas d'amygdalite, la température monta, au beau milieu de la convalescence, à 105, les symptômes devinrent typhoïdes et la mort survint par perforation intestinale.

Une autre fois, un homme sujet à l'amygdalite folliculaire était couché, en proie à une attaque aiguë. Il guérit sans desquamation. Sa sœur eut une attaque peu grave. Ses deux enfants eurent une scarlatine grave avec desquamation, et l'un eut une néphrite. L'orateur croit, d'après la fréquence de ces séries de maladies et l'absence de rapports entre les familles attaquées qu'il a dû y avoir un drainage défectueux. A Williamstown, où cela existe, la maladie devient absolument épidémique, surtout après des averses, quand le sol commence à sécher. Dans le temps chaud, la maladie a également régné. L'auteur cite des cas où la cause probable a été une mauvaise hygiène. Dans une maison, chaque enfant eut une amygdalite folliculaire et il y eut huit cas de fièvre typhoïde. R. L.

Anatomie et pathologie chirurgicales des goitres et des goitres accessoires, par Wölfler. (*Langenbeck's Arch. in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Cliniquement, il divise les goitres en bénins et malins. Les tumeurs bénignes sont : 1° les adénomes fœtaux; 2° les adénomes gélatineux; 3° l'hypertrophie du corps thyroïde; 4° le goitre vasculaire. Cette dernière forme n'a qu'une signification clinique, et non pathologique. Hypertrophie partielle ou complète.

Le goitre peut être bilatéral et entamer la trachée et l'œsophage d'une façon tubulaire. Si le goitre est seulement situé sur les côtés du cou, il a beaucoup moins d'importance chirurgicale que si sa situation est anormale, par exemple entre la trachée et l'œsophage, ou plus ordinairement, comme dans le goitre rétro-sternal, rétro-claviculaire et endo-thoracique. R. L.

Anatomie chirurgicale et pathologique du goitre et du goitre accessoire, par Wölfler (*Langenbeck's Arch. Bd II,* in *Journ. of Laryng and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Développement du goitre favorisé par la grossesse; 8 fois sur 36 cette influence fut très remarquable; c'est pourquoi la maladie est plus fréquente chez les femmes. Apparition et disparition rapides.

Influence nocive sur le cœur, sur les entraves de la circulation. Possibilité de troubles cardiaques et de palpitations dans des cas qui ne sont certainement pas des cas de maladie de Graves. Ectasies vasculaires, irritation du vague. Par la compression de son anneau auriculaire, douleurs dans l'oreille. La trachée altérée par la compression peut être entièrement oblitérée, d'où mort. La sonde œsophagienne peut être nécessitée par la compression. Mort subite parfois, due à la compression ou à la torsion de la trachée, à une affection du cœur, à des paralysies des nerfs.

R. L.

Cas de suppuration dans un carcinome secondaire des glandes cervicales, par Roberts. (*Acad. de chirurgie Philadelphie*, 7 avril 1890, *in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

L'homme prétendait, un an ou deux avant, avoir reçu près de la bouche une blessure qui n'avait pas guéri; il était resté un épaississement. On ne fit rien, et plus tard apparut une hypertrophie des glandes du cou. Deux chirurgiens conseillèrent leur ablation, comme tuberculeuses. Le traitement antisyphilitique, à peine essayé du reste, ne donna rien.

Quelques semaines plus tard, le nodule labial étant toujours le même, il fallut inciser le gonflement cervical et gratter une grande partie du tissu ramolli. Traitement général. Les ganglions augmentèrent encore; on incisa la tumeur de la lèvre pour faire le diagnostic. Le malade est mort depuis avec gonflement et tuméfaction en avant et sur le côté du cou. R. L.

Sarcome primitif de l'amygdale. — Traitement par l'électrolyse. — Mort, par Holger Mygind (*J. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

L'auteur n'en a vu qu'un cas sur 7,000 malades de chirurgie. En avril 1888, un homme de 31 ans fut opéré d'une tumeur sur l'amygdale *gauche* au thermo-cautère; celle-ci ne récidiva jamais, mais au mois de novembre, l'amygdale *droite* fut prise.

L'électrolyse ne réussit pas à enrayer la marche de la tumeur; la mort finit par venir par suffocation due aux progrès de la tumeur. Il s'agissait de tumeurs formées par un sarcome à cellules rondes, probablement nées dans le tissu endothélial. R. L.

Inflammation ulcéreuse épidémique sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, par SIMANOWSKY (*Vratch*, nos 1, 4, 5, 7, 1890; in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

8 cas observés en 3 mois; 2 atteints seulement de stomatite ulcéreuse, les 6 autres également sur les piliers ou le pharynx, ou les deux à la fois. Cause obscure; on ne trouva rien à l'examen bactériologique; pas d'infection directe notée. Traitement par le chlorate de potasse, l'acide borique ou le salol.

En décembre 1889, S... observa 6 autres cas de stomatite ulcéreuse type (sans affection des piliers ni du pharynx) sur des adultes, dont l'un compliqué d'influenza avec névrose partielle des alvéoles de la mâchoire supérieure. R. L.

Sténose syphilitique du pharynx, par JACOBSON (*Vratch*, n° 17, 1890, p. 401 ; in *Journ. of Lar. and Rhin*, n° 8, 1890.)

Deux cas de cette affection rare; obstruction par une membrane qui fut divisée; cathétérisme avec les tubes de Schrœtter et guérison. R. L.

Papillome lingual heureusement enlevé, par COVERNTON (*Canadian Practit.*, 16 juin 1890; in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Large tumeur sessile papillomateuse sur le dos de la langue d'un enfant de 2 ans 1/2, postérieure à la naissance. Galvanopuncture ; ablation avec une épingle en fer de lance de la masse ramollie. Guérison en une semaine. R. L.

Ténesme des piliers et du pharynx, par le Dr LENNOX BROWNE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9; 1890.)

Le terme de ténesme s'applique pour les piliers et le pharynx au cas où il y a une continuelle tendance à avaler ou expulser un corps étranger imaginaire, avec plus ou moins de toux, d'efforts, de douleurs, avec expectoration de petites quantités de mucus et à l'occasion, mais surtout au réveil rejet d'un petit peu de sang. Le ténesme ne s'applique pas seulement au globe hystérique, mais à tous ces symptômes nombreux et subjectifs de la gorge auxquels on avait simplement jusqu'ici assigné une origine nerveuse. Trois conditions principales : 1° hypertrophie

du tissu lymphoïde à la base de la langue et de l'amygdale linguale ; 2° varices des vaisseaux de ces régions ; 3° congestion, plénitude, quelquefois même augmentation de la glande thyroïde. R. L.

Micro-organismes de la diphtérie, par le Dr Mac Weeny. (*Roy. Acad. of Med. in Ireland*; *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

Coupes d'épiglotte d'un enfant mort de diphthérie postscarlatineuse : nombreux micro-organismes en masses irrégulières, dispersés à travers l'exsudat membraneux presque sans structure. Quelques-uns sont des cocci, d'autres des bacilles, les premiers disséminés ou deux à deux ; les bacilles plus petits que le bacille Klebs-Löffler, dont ils se différenciaient en ce qu'ils coloraient par le Gram. R. L.

Chancres syphilitiques de la lèvre, de la joue, des piliers, par le Dr Porai-Koshitz. (*Meditzina* nos 53, 55, 56 ; 1890. *In Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

1° *Chancre de la lèvre supérieure ;* mode d'infection absent ; maladie caractérisée par une marche exceptionnellement grave en dépit d'un traitement des plus énergiques. Femme contaminée par le coït, délivrée ultérieurement d'une fille avec syphilis congénitate intense ;

2° *Chancre induré de la lèvre inférieure* chez un garçon de 16 ans, qui contamina son frère âgé de 9 ans ;

3° *Chancre buccal* sur la muqueuse de la joue droite ; cicatrice blanchâtre, étoilée au milieu d'une zone rouge vif. Ganglions sous-maxillaires, cervicaux, occipitaux énormément hypertrophiés. Disparition de tous les symptômes après 24 séances de frictions mercurielles ;

4° *Chancre des piliers* chez un homme de 35 ans qui vint consulter pour des bruits dans les oreilles, troubles de déglutition, céphalalgie roséole ; en septembre 1888, son fils de 3 ans contracta un chancre des piliers d'un de ses compagnons de jeux, appartenant à une famille syphilitique. Peu après, il transmit la maladie à sa petite sœur d'un an et demi. En janvier 1889 la mère, enfin, en mars le père, furent infectés de la même façon ;

5° *Chancre des piliers*, syphilis contractée par l'usage des mêmes cuillères. R. L.

Polype de l'œsophage, par Shendrikowsky (*Meditz. Obozr.*, 1890, n° 19, *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1891).

Garçon de 19 ans, respirant la bouche ouverte, tête penchée à droite, face regardant à gauche. Voix rauque avec nasonnement. Tumeur piriforme, fixée par un court pédicule au côté gauche au niveau de la racine de l'épiglotte, ou juste à la jonction des parois du pharynx et de l'œsophage, fermant le gosier, et comprimant la paroi postérieure du larynx (surtout à gauche) un peu plus haut; autre tumeur du volume d'un gros pois. Trachéotomie, ablation à l'examen. Guérison.

La tumeur pesait 20 grammes; son pédicule avait 0,02 de diamètre; elle était formé de faisceaux fibreux avec cellules de tissu conjonctif et contenait des points disséminés de dégénérescence caséeuse. R. L.

Corps étranger de l'œsophage. Perforation de la carotide. Mort, par Simanowsky (*Vratch.*, n° 38, 1890, *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12).

Douleur vive au niveau du larynx à la suite de la déglutition d'une pièce de viande cylindrique, maintenue par un fil de fer (en russe zrazy). Hémorrhagie foudroyante; trois semaines après, mort. Le fer avait percé la paroi droite, au-dessous du cartilage thyroïde, pénétré dans la carotide et s'était rangé parallèlement au vaisseau; celui-ci avait fini par se perforer après suppuration. R. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BELGIQUE

Oreille.

Perforation traumatique de la fenêtre ovale, par C. Delstanche (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Un cas d'épilepsie guéri pendant cinq mois par la raréfaction, par C. Goris (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Action des cautérisations de l'apophyse mastoïde, par Hicguet (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Électro-acoumètre. Nouvelle méthode pour la recherche de la surdité dans les conseils de milice et de revision, par le Dr Cheval (Broch. de 18 pages, imp. Monnom, *Bruxelles*, 1890).

Notes d'anatomie pathologique concernant l'appareil auditif, par Stocquart (*Arch. méd. et chir. prat., Bruxelles*, n° 6, 1890).

Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire; cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec insufflation d'air, par Bayer (*Presse méd. belge*, 19 octobre 1890).

Perforations traumatiques du tympan, par Boland (*Gaz. méd. de Liège*, 30 octobre 1890).

Affections de l'oreille, par Debrœu (*Arch. méd. belges*, mars 1891).

I. — Applications nouvelles de la vaseline liquide au traitement des affections de l'oreille moyenne. — II. Présentation d'instruments. — III. Un cas d'exostose du conduit auditif externe, par C. Delstanche (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Traitement des abcès mastoïdiens, par Guye (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

A propos d'un cas de guérison d'épilepsie réflexe, par C. Goris (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Électro-acoumètre, par Cheval (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Larynx et Trachée.

Relation des affections laryngées avec la menstruation, par L. Bayer (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Extraction d'une chéloïde trachéale, par C. Goris (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Un cas de blessure du nerf récurrent, par Rutten (1re réunion des otol. et laryng. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Statistique de 101 cas de trachéotomie pour le croup opérés dans le service chirurgical d'enfants, par Gevaert (*La Clinique*, 10 avril 1890).

Traitement des paralysies laryngées idiopathiques, par Cheval (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 5 juillet 1890).

Traitement de la tuberculose du larynx, par A. Capart (*Presse méd. belge*, 14 decembre 1890).

Traitement de la tuberculose du larynx, par C. Goris (*Presse méd. belge*, n° 51, 1890).

Du traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe de Koch, par A. Capart (*La Clinique*, 1er janvier 1891).

De l'aphasie transitoire, par Chevalier (*Arch. méd. belges*, avril 1891).

Le tubage du larynx, par Berlo (*Scalpel*, 10 mai 1891).

Paralysie de la corde vocale gauche, par Schuster (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Cancer des poumons, de la trachée et du larynx, par F. Schiffers (2° réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Syphilis. Ulcères spécifiques. Rétrécissement syphilitique de la trachée. Trachéotomie. Mort, par Guillaume (*Soc. anat. path. in Presse méd. belge*, 3 mai 1891).

Symptomatologie d'un abcès de la paroi postérieure de la trachée. Trachéotomie. Autopsie, par Jacobs (*Presse méd. belge*, 3 mai 1891).

Le tubage du larynx, par Pollart (*Scalpel*, 5 juillet 1891).

De la spécialisation dans l'enseignement médical. Des relations des études laryngologiques et otologiques avec la médecine et la chirurgie générales. Discours d'ouverture des cours de clinique laryngologique et otologique faits par F. Schiffers (Impr. A. Faust, *Liège*, 1891).

Nez.

Un cas de polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse. Présentation du malade, par Capart (1re réunion des otol. et laryngol. belges, mai 1890).

Tumeurs nasales tuberculeuses, par Hicguet (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Présentation d'un rhinolithe, par F. Schiffers (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intranasal, par O. Laurent (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Observation d'un cas de polype muqueux de l'antre d'Highmore, par Rutten (1re réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

De l'oblitération nasale par épaississement symétrique de la cloison, par O. Laurent (*La Clinique*, 21 août 1890).

Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par L. Rousseaux (2e réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Tumeur papillaire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par Nuquet (2e réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Traitement du nez d'une livre, par Du Pré (Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles; *La Clinique*, 30 juillet 1891).

L'éclairage par transparence dans dix cas d'empyème du sinus maxillaire, par W. Schleicher (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1891).

Pharynx et Varia.

Quelques considérations spéciales sur la diphtérie, par G. Gratia (*Annales de méd. et chir.* publiées par le cercle d'études medicales de Bruxelles, H. Lamertin, éditeur, *Bruxelles*, 1890).

L'état actuel de la question de l'origine de la diphtérie, par Goris (*Presse méd. belge*, 9 mars 1890).

Deux cas d'affections rares de la langue (1 urticaire; 2 tumeurs hémorrhagiques), par Bock (*La Clinique*, 1er mai 1890).

Chancre lingual; syphilis secondaire, par Crocq (*Presse méd. belge*, 12 octobre 1890).

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. Un cas d'empoisonnement suivi de mort. Autopsie, par Nauvelaers (*Journ. de méd. chir. pharm. de Bruxelles*, 20 novembre 1890).

Un cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue, par Charlier (*Presse méd. belge*, n° 51, 1890).

Traitement des angines aiguës, par Capart (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 12, 1890).

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche, par Nauvelaers (*Journ. de méd. chir. et pharm de Bruxelles*, 20 février 1891).

Deux cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers, par C. Rœrsch (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, avril 1891).

De la transmissibilité de la diphthérie aviaire à l'homme, par A. Barbier (*Ann. de la Soc. méd. de chir. de Liège*, avril 1891).

Étude sur les électro-thermo-cautères, par Cheval (2e réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Anomalies du voile du palais, par Delie (2e réunion des otol. et laryng. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

De l'angine de Ludwig. Leçon de F. Schiffers, recueillie par Duchesne (*Gaz. méd. de Liège*, 6 août 1891).

RUSSIE

Oreille.

Revue bibliographique. De l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, par Stanislas de Stein (Un volume de 430 pages, *Moscou*, 1890)

Un cas de paralysie faciale due à l'otite catarrhale moyenne. Traitement chirurgical de la cavité du tympan, par Galine (*Med. Obozr.*, 1, 1890).

La styrone dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par Tscheltzow (*Gaz. clin. de Botkine*, 9 mai 1890).

Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Avsitidisky (*Gaz. clin. de Botkine*, 29 mars et 5 avril 1891).

Syphilis de l'oreille, par Ouspenski (Soc. des méd. russes, *Moscou*, 8 mars 1891).

Corps étrangers de l'oreille, par Kœhler (*Nowiny lekarskie*, h. 8, 1891).

Larynx et Trachée.

Contribution au traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par le menthol, par A.-J. Ossendowsky (*Vratch*, n° 3, 1890).

Baume du Pérou dans la tuberculose laryngée, par N.-P. Simanowsky (*Vratch*, n° 37, 1890).

Cas de lèpre du larynx et de la gorge, par N.-P. Simanowsky (*Vratch*, n° 38, 1890).

Laryngotomie et dilatation des rétrécissements du larynx, par Bergmann (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 40, 1890).

Cas d'abcès péri-trachéal avec pleurésie séro-purulente consécutive, par L.-G. Ijboldin (*Bolintchnaia Gaz. Botkina*, n° 19, 1890).

Étude sur les blessures du larynx, par E. Aronson (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 20 septembre 1890).

Chute spontanée d'un grand nombre de papillomes du larynx, par S. Eliasberg (*Med. Obozr.*, n° 1, 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch, par Kernig et Westphalen (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 12, 1891).

I. Corps étrangers du larynx et de la trachée. — II. Laryngite traumatique ulcéreuse, par A.-T. Zander (*Khirug. Vestnik.*, décembre 1890).

Nez.

Déviations du septum nasal, par N. P. Simanowski (*Vratch*, n° 37, 1890).

Inflammation de l'antre d'Highmore, par L. Silitch (*Moscou*, 1890).

Un cas de rhinoplastie, par G.-A. Swijasheninow (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 10 mai 1890).

Ostéome du sinus frontal droit, par J.-V. Ischunin (*Chir. Vestnik, Saint-Petersb.*, 1890).

L'acide chromique dans les épistaxis, par Pogorielsky (*Medicyna*, 16 août 1890).

I. Les rhinolithes et les corps étrangers du nez. — II. Le coryza, ses formes et son traitement, par L. Silitch (*Moscou*, 1890).

Nouvelle forme clinique de rhinosclérome, par Pavloski (*Med. Oboz.*, n° 2, 1891).

L'électrolyse dans la chirurgie rhino-laryngienne, par Draispul (*Vratch*, n°s 4, 6, 8, etc., 1891).

Cas de rhinosclérome, par E.-V. Pavloff (*Med. Oboz.*, n° 2, 1891).

Affection de l'antre d'Highmore et des sinus frontaux, par Pavloff (*Vratch*, n° 10, 1891).

Déviations du septum nasal, par J. Sedziak (*Przeglad Lekarski*, n°s 6, 7, 9, 12, 13, 14, 1891).

Compte rendu de l'année 1890 du dispensaire pour les maladies du nez, de la gorge et du larynx, à l'hôpital évangélique de Varsovie, par Wroblewski (*Kronika Lekarski*, n°s 3 et 4, 1891).

Pharynx et Varia.

Traitement de la diphthérie et du croup, par Brunner (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 6, 1890).

De l'antagonisme entre la diphthérie et l'érysipèle, par Babtchinsky (*Journ. d'hygiène de Saint-Pétersbourg*, février 1890).

Un cas de perforation de l'œsophage pour un os avalé, par V. Antonow (*Gaz. clin. de Botkine*, 14 avril 1890).

Rapports sur les ordonnances rendues dans le territoire de Kuban pendant l'épidémie de diphthérie, par S.-J. Gokielow (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 10 mai 1890).

Œsophagite exfoliatrice, par Rejchman (*Gaz. Lek.*, p. 381, 1890).

Blessures de la cavité pharyngienne, par Aronson (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 36, 1890).

Cas de polype œsophagien, par Shendrikovsky (*Med. Oboz.* n° 19, 1890).

Cas de corps étranger de l'œsophage. Perforation de la carotide. Mort, par N.-H. Simanowsky (*Vratch*, n° 38, 1890).

Un cas d'angine herpétique, par A. Bertels (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 13 septembre 1890).

Phlegmon infectieux primitif aigu du pharynx, par Hœhlein (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 2, 1891).

Corps étranger de l'œsophage perforant l'aorte, par C.-J. Chencinski (*Vratch*, n° 41, 1890).

Abcès rétro-pharyngiens chez les enfants, par Sokoloff (*Vratch*, n° 3, 1891).

Tuberculose des glandes rétro-pharygiennes, par Sokoloff (*Vratch*, n° 3, 1891).

Un cas de diphthérie, compliqué d'érysipèle, par Pisarzewski (*Przeglad lekarski*, n° 1, 1891).

De l'emploi de la fuchsine dans les affections du pharynx et du larynx, par K. Bogroff (*Soc. méd. d'Odessa, Vratch*, n° 16, 1891).

Chancres syphilitiques de la langue et du voile du palais, par A.-M. Tchistiakoff (*Vratch*, n° 18, 1891).

Chancre syphilitique de l'amygdale, par N.-M. Jakimovitch (*Bolnitshnaia Gaz. Botkina*, n° 6, 1891).

Chancre syphilitique de l'amygdale, par J.-F. Zeleneff (*Vratch*, n° 15, 1891).

Limon et acide salicylique dans la diphthérie, par P.-A. Niedzwiedcki (*Saratowsky Saint-Obzor*, n° 11, 1891).

Deux cas de rhinite hypertrophique traités par le galvano-cautère, par M.-V. Ouspenski (*Med. Obozr.*, n° 1, 1891).

Nécrose de la cloison nasale et du voile du palais consécutive à la fièvre typhoïde, par A.-K. Fleischer (*Vratch*, n° 24, 1891).

SUISSE

Oreille.

Affections de l'oreille consécutives à l'influenza, par Jonquière (*Corr. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 août 1890).

Ueber Taubstummheit, ihre Ursachen und Verhütung. (De la surdi-mutité, ses causes et les moyens de la prévenir), par A. Schwendt (Broch. in-8° de 40 pages, B. Schwabe, éditeur, *Bâle*, 1890).

Eine neue Anwendung der Hartmann'schen Paukenröhrchens. (Un nouvel usage de l'injecteur intra-tympanique de Hartmann), par A. Schwendt (*Illustr. Monats. f. Ærzte Polytechnik*, novembre 1890).

Ueber den gegenwärtigen Stand der Hirn Chirurgie. (Sur l'état actuel de la chirurgie cérébrale, par Krönlein (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er janvier 1891).

Sur les anomalies de conformation du pavillon de l'oreille, par P. Eyle (*Dissert. Inaug. Zürich*, 1891).

L'oto-laryngologie et son importance pour le médecin, praticien, par L. Secrétan (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1891).

I. Ueber eine der häufigsten Ursachen progressiver Schwerhörigkeit. (Sur une des causes les plus fréquentes de la surdité progressive). — II. Vereiternden Cholesteatom (Cholestéatomes suppurés), par Siebenmann (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 2 avril, in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er août 1891).

Das Cholesteatom des Mittelohres und seine Behandlung (Le cholestéatome de l'oreille moyenne et son traitement, par F. Siebenmann (*Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 1er octobre 1891).

Larynx et Trachée.

Électrolyse endolaryngée, par Mermod (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1890).

Le traitement local de la tuberculose laryngée, par G. Jonquière (*Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 1er mai 1890).

Extirpation unilatérale du larynx dans un cas de cancer, guérison, par Socin (*Soc. de méd. de Bâle*, 20 janvier, in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er novembre 1890).

Ein neuer Pulverbläser für den Larynx (Un nouveau pulvérisateur pour le larynx, par A. Schwendt (*Illustr. Monats. der ærtzl. Polytechnik*, novembre 1890).

Phtisie laryngée traitée par la méthode de Koch, par Immermann (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er janvier 1891).

Spätes Auftreten von Kehlkopferkrankung bei Behandlung Lungenkranker mit Tuberkulin (Apparition d'une affection laryngée consécutive au traitement d'un tuberculeux par la tuberculine, par F. Egger (*Corr. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 mars 1891).

Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie, par E. Revilliod (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1891).

Cas de phthisie laryngée traités par la méthode chirurgicale endolaryngée, par Schwendt (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 5 février, in *Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 juillet 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe de Koch, par Siebenmann et Rutimeyer (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 5 février; in *Corr. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 juillet 1891).

Extirpation totale du larynx, par Socin (XLI *Versammlung des Schweiz. Ærztl. Centralvereins, Bâle*, 30 mai; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er septembre 1891).

Nez.

Modification der Bellocq' schen Tamponade mittelst Anwendung eines Tamponhalters (Modification du tampon de Bellocq au moyen d'un porte-tampon), par A. Schwendt (*Illustr. Monats. der ærztlichen Polytechnik*, novembre 1890).

Lupus du nez traité par la méthode de Koch, par Socin (*Corr. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er janvier 1891).

Deux cas d'occlusion congénitale du nez, par Schwendt (*Soc. de méd. de Bâle*, 2 octobre 1890; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 mars 1891).

Demonstration eines im Jahre 1888 operativ geheilten Falles von angebornem Verschluss beider Choanen (Présentation d'un malade guéri, opéré en 1888, pour une occlusion congénitale des choanes, par Schwendt (*Versammlung der Schweiz. Ærztl. Centralvereins*, 30 mai; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er juillet 1891).

Pharynx et Varia.

Ein Fall von Eröffnung des Pharynx, Duchtrennung des Pharynx und Verletzung des Oesophagus aus selbstmörderische Absicht. Heilung (Un cas d'ouverture du pharynx, séparation du larynx et lésion de l'œso-

phage causées par une tentative de suicide. Guérison), par O. Bernhardt (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 mars 1890).

Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Cristiani (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juillet 1890).

Selbstbehandlung einer grossen Struma (Goitre guéri par le malade sans intervention médicale), par C. Kaufmann (*Corresp. Blatt. f. schw. Ærzte*, 1er novembre 1890).

Ueber die Mandeln und deren Entwickelung (Du développement des amygdales), par Stœhr (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er septembre 1890).

Œsophagotomie, par Krœnlein (*Gesells. der Ærzte, Zürich*, 27 juin 1891; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 15 août 1891).

GRÈCE

Oreille.

Un cas de surdité symptomatique, par Kallevokas (*Bull. méd. et pharm., Athènes*, 30 avril 1891).

Pharynx et Varia.

Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx, par Nicolaïdes (*Journ. méd. de l'armée, Athènes*, janvier 1891).

SCANDINAVIE

Oreille.

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. Traduction suédoise de Algot-Key-Åberg (*Stockholm*, 1891).

Anatomie physiologique des osselets de l'oreille, par Larsen (*Nordiskt. med. Arkiv*, XXII, 16, 1891).

Trois cas d'audition colorée dans la même famille, par Klinckowstrœm (*Vorhand d. biol. Ver., Stockholm*, 1891).

Treize cas de surdité partielle avec rétrécissement de la trompe d'Eustache traités par l'électrolyse, par Larsen-Utke (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 10, 1891).

Nez.

Transformation hysto-pneumatique du cornet moyen par E. Schmiegelow (*Ugeskrift for Laeger*, février 1890).

Enchondrome plexiforme intravasculaire dans l'antre d'Highmore, par Quensel et Boheman (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 25, 1891).

Pharynx et Varia.

Un cas rare d'idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement, par V. Lange (*Hospitalstidende*, 29 janvier 1890).

L'angine chez les hospitalisés, par Anker Rasmussen (*Hospitalstidende*, 6 mai 1891)

Angine tonsillaire chez les enfants âgés de moins de deux ans, par P. Silfverskiold (*Eira*, n° 6, 1891).

PAYS-BAS

Larynx et Trachée.

Paralysie du nerf récurrent et ptosis sympathico-paralytique traumatique, par Huysman (*Nederl. Tijds. v. Geneesk.*, 27 décembre 1890).

Nez.

De l'emploi de la sonde de Belloc dans l'extirpation des polypes du

nez, par Deelen (*Weekbl. van het Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, n° 4, 1890).

Die Behandeling van de Verkromming van het Tusschenschot van den Neus (Le traitement des déformations de la cloison du nez, par W. Schutter (*Med. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1890).

Pharynx et Varia.

Die Bewegingen van het zachte Gehemelte (Les mouvements du voile du palais, par W. Schutter (*Nederl. Tijdschrift voor Genessk.*, 1890).

Le bacille de la diphtérie, par Spronck, Wintgens et Van den Brink (*Weekbl. Nederl. Tijd. voor Geneesk.*, n° 22, 1890).

ROUMANIE

Nez.

Hydrencéphalocèle congénitale de la racine du nez, par C. Battez (*Bull. de la Soc. des méd. et nat. de Jassy*, n° 6, 1890).

Accidents hystériques d'origine nasale, par E. Marcel (*Spitalul*, mai 1891).

Des végétations adénoïdes du pharynx nasal et de leurs complications, par G. Niculescu (*Thèse de doctorat de la Faculté de méd. de Bucarest*, 1891).

CANADA

Nez.

Syphilis nasale infantile, par C. Laviolette (*Union méd. du Canada*, juin 1890).

Pharynx et Varia.

La diphtérie. Traitement de Bouchut, par L. E. Fortier (*Gaz. méd. de Montréal*, juin 1890).

NOUVELLES

La *Clinique laryngologique*, de l'hôpital général de Vienne, dirigée jusqu'ici par le professeur Schrœtter, vient, par suite de la nomination de ce dernier comme professeur de clinique médicale, d'être confiée par le ministre de l'instruction publique à notre savant ami le professeur Carl Stœrk.

L'*American otological Society* s'est réunie à Washington le 22 septembre dernier. Voici la liste des communications qui y ont été lues :

1° Quelques essais partiellement heureux pour favoriser la guérison d'anciennes perforations de la membrane du tympan ; 2° une forme inusitée de dislocation du manche du marteau, par S. Theobald, de Baltimore ; 3° quelques cas exceptionnellement graves de mastoïdite consécutive à l'influenza, par H.

Knapp, de New-York; 4° trois cas d'otites suppurées avec complications et une mort, par F.-M. Wilson, de Bridgeport; 5° un cas de suppuration, exostose et épilepsie otitique; trépanation suivie d'une méningite septique mortelle, avec considérations sur d'autres cas se rapportant aux voies de communication de l'otite avec le cerveau, par B.-A. Randall, de Philadelphie; 6° notes sur l'emploi du rouleau (frigorifique) de Leiter (Leiter Coil) au début de la mastoïdite, par Gorham Bacon, de New-York; 7° suppuration aiguë de l'oreille moyenne; méningite; mort; autopsie; non envahissement du temporal, par J.-M. Ray, de Louisville; 8° un dernier mémoire sur l'anatomie de l'oreille de l'éléphant, par Huntington Richards, de New-York. Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé dans un cas d'otite moyenne chronique purulente, par C.-H. Burnett, de Philadelphie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Krakauer, dont nous publions un mémoire dans ce numéro. Notre savant collaborateur a succombé à Berlin, le 19 octobre, à l'âge de 33 ans, à une attaque d'influenza.

Ordre du jour de la *Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris*, séance du 6 novembre : inhalations de menthol dans la trachéite, par Lubet-Barbon. — Deux cas de suppuration du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes, par Luc. — Du canal de Jacobson. De la possibilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale, par Potiquet. — 1° Une observation de tamponnement postérieur dans l'épis-

taxis suivi de phénomènes cérébraux et d'otite suppurée ; 2° douleur névralgique sur le rameau naso-lombaire symptomatique de la syphilis tertiaire profonde, par Gellé. — Un cas de polype sous-glottique, par Papadopoulos.

Fusion des deux Sociétés de laryngologie.

On sait que la fusion des deux Sociétés a été votée par 39 voix contre 11.

A la séance du 6 novembre, la Société parisienne a été invitée, sur la proposition de M. Potiquet, à accepter ou à rejeter ce vote : à la majorité des voix, le vote a été accepté.

A la suite de ce vote, le Dr Gouguenheim a annoncé à la Société qu'il déposerait sur le bureau à l'ordre du jour de la prochaine séance une motion pour une modification de l'article suivant du règlement :

Art. 6. — Pour être nommé membre titulaire, il faut être docteur en médecine, Français, résider et exercer à Paris, etc.

Pourront être nommés membres titulaires, sur leur demande, les membres titulaires de l'ancienne Société française de laryngologie et d'otologie.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Traité de chirurgie publié sous la direction de S. Duplay et P. Reclus. *Tome IV.* L'œil et ses annexes, par E. Delens. Oreille et ses annexes, par S. Duplay. Nez, fosses nasales, pharynx nasal et sinus, par Gérard-Marchant (avec 336 figures dans le texte). *Tome V* (avec 170 figures dans le texte). Vices de développement de la face et du cou, par A. Broca. Mâchoires, par A. Heydenreich. Face, lèvres, cavité buccale, gencives, langue, palais et pharynx, par A. Broca. Plancher buccal, glandes salivaires, œsophage et larynx, par H. Hartmann. Corps thyroïde, par A. Broca. Maladies du cou, par C. Walther. (Prix, 18 francs le volume, G. Masson, éditeur, Paris, 1891.)

Ueber die Verwendung von Anilin Farbstoffen bei Nasen. Hals und Ohren Leiden (Emploi de couleurs d'aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Bresgen. (Brochure de 30 pages, prix : 1 m. 20, E. Jungklaas, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der nase von nutzen? Quand doit-on employer le cautère électrique dans le nez? par M. Bresgen. (Brochure de 24 pages, E. Junc-klaas, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Du releveur du voile et de son application, par Lubet-Barbon. (Extrait des *Arch. de lar. rhin. et otol.*, juillet 1891.)

Ueber die Sprachgebrechen unter der Schuljugend (Des vices de parole parmi la jeunesse des écoles), par H. Gutzmann. (Extrait des comptes rendus du X[e] congrès international de médecine, Berlin, 1890.)

I. Die Prognose des Stotterns (Pronostic du bégaiement). — II. Zur Hygiene der Sprache des Kindes (Hygiène de la parole de l'enfant). — III. Ueber das Næseln (Sur le nasonnement). Ueber Missbewegungen (Mouvements anormaux). — IV. Ein Hörrohr für die Nase (Cornet acoustique pour le nez, par H. Gutzmann. (Tirages à part de la *Monats. f. die gesammte Sprachheilkunde,* 1891.)

Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhœ mit einigen-neneren Borverbindungen (Du traitement de l'otorrhée chronique par quelques nouvelles médications boriquées, par R. Kafemann. (Brochure de 59 pages, A.-W. Kafemann, éditeur, Danzig, 1891.)

Zum Analyse des Weber'schen Versuches (Analyse de l'épreuve de Weber), par A. Bing. (Tirage à part de la *Wiener med. Presse*, n[os] 9 et 10, 1891.)

Ein neuer Stimmgabelversuch. Beitrag zur differential Dia-

gnostik der Krankheiten des mechanisches Schalleitungs und der nervösen Hörapparates (Essai d'un nouveau diapason. Contribution au diagnostic des affections de la conductibilité mécanique du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe, par A. Bing. (Tirage à part des *Wiener med. Blätter.*, n° 41, 1891).

Études de pathologie et de clinique médicale, par T.-E. Leudet. (3 vol., prix : 50 fr. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1891.)

Le tonsillite nelle loro varie forme, esiti et cura (Les amygdalites ; leurs diverses formes, suites et traitement), par V. Grazzi. (*Collezione ital. di Letture sulla med.*, série VI, n° 1 ; prix : 1 fr. 25. F. Vallardi, éditeur, Milan, 1891.)

Tracheal syphilis, with a report of two cases (Deux observations de syphilis trachéale), par J. Wright. (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 13 juin 1891.)

The etiology and treatment of atrophic rhinitis, par J. Wright (Extrait du *Med. Record*, 15 août 1891.)

Klinische Beitræge zur halbseitigen Kehlkopflæhmung (Contributions cliniques à la paralysie unilatérale du larynx, par G. Avellis. (*Berliner klin.*, H. 40; prix : 60 Pfennig, librairie Fischer, Berlin, 1891.)

Étude sur l'exalgine, d'après des observations prises à l'hôpital Lariboisière, par E. Désiré (Brochure de 20 pages, *Soc. d'études scient.*, 8, rue du Centre, Neuilly-Paris, 1891.)

Abrégé schématique des *mémoires* couronnés par l'Académie de médecine sur la voix, l'anatomie et la physiologie du larynx,

MOURA. (Brochure de 16 pages, LECROSNIER et BABÉ, éditeurs, Paris, 1891.)

Ulteriori modificazioni al metodo d'illuminazione della laringe colla luce elettrica diretta (Modifications ultérieures au mode d'éclairage du larynx par l'éclairage électrique direct), par J. DIONISIO. (Extrait du *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, n°s 1 et 2, 1891.)

Contributo alla casuistica della intubazione della laringe nel croup, par J. DONISIO, M. MOTTA et L. FERRIA. (Extrait du *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, n° 6, 1891.)

Contributo allo studio di alcune forme di stenosi laringea cronica, par J. DIONISIO. (Extrait des *Arch. ital. di Laryng.*, fasc. 3, 1891.)

Traité clinique et thérapeutique de l'hygiène, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par GILLES DE LA TOURETTE. Préface de J.-M. CHARCOT. Hystérie normale ou interparoxystique (1 vol. de 580 pages, 46 figures dans le texte ; E. Plon, Nourrit et Cie éditeurs, 10, rue Garancière, Paris, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 63.11.91.

Décembre 1891. — N° 12.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LES INSTRUMENTS ET LA TECHNIQUE CHIRURGICALE EMPLOYÉS DANS LES AFFECTIONS DES SINUS DU NEZ (FRONTAUX, MAXILLAIRES, ETHMOÏDAUX, SPHÉNOÏDAUX ET ETHMOÏDO-LACRYMAUX),

Par le Professeur **V. COZZOLINO**

Directeur de la clinique agrégé, pour l'oreille, le nez et la gorge, de l'hôpital clinique de l'Université de Naples.

La pathologie et la chirurgie des sinus du nez, qui, dans ces dix dernières années, ont pris un si grand développement scientifique et pratique, méritent une exposition, sinon monographique, ce qui nuirait à l'intérêt pratique, du moins synthétique, comme j'ai cru le faire dans mes deux leçons : *Les maladies des cavités ou des sinus nasaux étudiées comme pathogénie de quelques maladies de l'appareil oculaire, du goitre exopthalmique et de quelques maladies de la peau, du nez et de la face* (1) ; dans mes six leçons : *Sur la pathologie et la chirurgie des sinus nasaux* (2) ; et dans les leçons faites cette année sur les *thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère*, en rapport spécialement avec les maladies purulentes du nez, de l'oreille, de la gorge et de la face (3), en tenant

(1) *Riforma medica*, Naples, 1889.
(2) *Gazzetta delle cliniche*, Naples, 1890.
(3) *Gazzetta degli ospedali*, Milan, 1891.

grandement compte des lésions des sinus du nez au point de vue de l'importance pathogénique des thromboses endocrâniennes.

Dans le numéro d'octobre de la *Rivista clinica e terapeutica*, dirigée par le savant professeur E. de Renzi, de Naples, j'ai publié un article synthétique sur les *médications modernes antiseptiques et chirurgicales des sinus du nez*, et dans le *Morgagni*, je ferai prochainement paraître l'*Exposition clinique de la chirurgie moderne des sinus avec la statistique de tous les cas de lésions des sinus traités l'année passée à ma consultation de l'hôpital clinique* (1).

Depuis, il m'a semblé bon d'insister encore par l'organe de cet important périodique sur la question et d'attirer l'attention sur ces rhinopathies simulant des rhinites chroniques rebelles qui sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, du temps où l'on était pauvre en séméiotique et en instruments.

Ce sont justement les instruments dont je me sers que je veux décrire ici, sous une forme synthétique, avec la technique relative à chaque sinus en particulier.

Sinus maxillaires. — Pour vider le sinus maxillaire de son contenu purulent ou muco-purulent, on doit se servir des instruments suivants selon les cas et les diverses méthodes longuement exposées dans la 3e et la 4e leçon ; dans la pratique, les voies préférables sont : celle de l'*alvéole* (Cooper), surtout si la lésion causale a été une irritation alvéolaire des deux ou trois premières molaires ; ou la voie *nasale* (méat moyen), si la lésion causale est intranasale; *lavage du sinus* à travers l'*hiatus* semi-lunaire ou ouverture ordinaire (Stœrk); ou à travers l'*ouverture acces-*

(1) Au mois d'août de cette année, j'ai présenté à la section d'Otologie et de Laryngologie et à la section de Chirurgie du Congrès national de Sienne une boite contenant tous les instruments presque indispensables pour pratiquer avec succès la chirurgie moderne des phlogoses des sinus du nez. Je l'ai aussi présentée au mois d'octobre, au Congrès de la Société italienne de Chirurgie qui s'est tenu à Rome. En même temps que la presentation j'ai fait la démonstration sur le crâne, de l'application des instruments sur chaque sinus, de leur séméiotique et de leur chirurgie, puis j'ai offert aux congressistes la photographie avec légende de la boite d'instruments.

soire (Zuckerkandl), ou mieux encore à travers la *perforation* de la paroi interne nasale du sinus correspondant au méat inférieur (Mikulicz, Frænkel, Krause, Heryng, Cozzolino, etc.

1° Un davier pour extirper la dent malade;

2° Deux perforateurs de l'alvéole de grandeur différente, consistant en stylets ayant une extrémité cannelée en forme de vis, qui peuvent quelquefois atteindre la largeur de la moitié du petit doigt, et en trocarts perforateurs de l'alvéole en général et rejeter le trépan, même le trépan américain des dentistes;

3° Des petites cuillers de Volkmann pour racler les granulations le long de l'alvéole et dans la cavité du sinus;

4° Une seringue à deux anneaux garnie d'une canule conique pour pratiquer les irrigations antiseptiques à travers l'alvéole;

5° Un insufflateur à bec recourbé et mince pour insuffler des poudres antiseptiques dans le sinus;

6° La galvanocaustique et les thermo-cautères nécessaires pour les lésions secondaires profondes de la muqueuse du sinus et de ses parois osseuses;

7° Un obturateur de l'alvéole en caoutchouc, que l'on prépare suivant les cas en fondant la gutta-percha, pour supprimer la communication de la cavité du sinus avec la bouche; ou encore, se servir de petits tubes d'argent pour pénétrer dans l'antre d'Highmore, ainsi que le font Bayer, Magitot et Gouguenheim; ou bien un moyen plus simple tel que l'extrémité conique des sondes uréthrales;

8° Quelques-unes de mes petites lampes (*fig.* 1) électriques pour bien éclairer les méats nasaux et pratiquer en outre la rhinoscopie antérieure et postérieure, à la recherche du pus, selon ma méthode : *La rhino-tubo-pharyngoscopie directe antérieure à éclairage électrique postérieur* (1). Une autre cinq ou six fois plus grande pour éclairer la cavité buccale pour le symptôme de Voltolini, qui n'est pas toujours

(1) *Arch. Ital. di laringol.*, Naples, 1888; *Annales des maladies de l'oreille*, etc. Paris 1889.

constant, de transparence ou non des sinus maxillaires.

Pour cette voie, les instruments sont communément connus; aussi est-il inutile de les reproduire. Je mentionnerai seulement ici le perforateur de l'alvéole et la canule pour l'irrigation antiseptique du sinus maxillaire du professeur Siebenmann, de Bâle. On voit le liquide injecté et la poudre bien insufflée sortir par la narine correspondante, si l'ouverture n'est pas fermée, surtout si le malade tient la tête penchée en avant.

Pour exécuter le lavage et l'évacuation, au moins partielle,



Fig. 1.

du sinus par la voie nasale, il faut avoir des sondes vides qui servent pour le lavage à travers l'ouverture maxillaire soit permanente, soit accessoire, dont j'ai fait la description exacte dans la 3e leçon.

Voici les sondes, figures 2 et 3 (1), dont je me sers pour laver le sinus maxillaire à travers l'hiatus semi-lunaire, après l'avoir soit dilaté, soit mis à découvert, ou par l'application de la cocaïne qui dégonfle la muqueuse environnante, ou par l'écartement, si c'est possible, du cornet au moyen d'un dilatateur comme celui de Woakes ou de Delstanche, ou après avoir enlevé les petits polypes cause de la lésion du sinus ou qui peuvent être engendrés par le pus qui tombe du sinus.

Le lavage à travers l'ouverture accessoire a été recommandé aussi, parce qu'elle est moins éloignée de la base du

(1) Dans le catalogue illustré de Simal.

sinus et dans une situation plus déclive ; mais elle est inconstante et se rencontre une fois sur 8 ou 10 cas. Quand cet orifice manque, on pourrait le produire au moyen d'un perforateur,

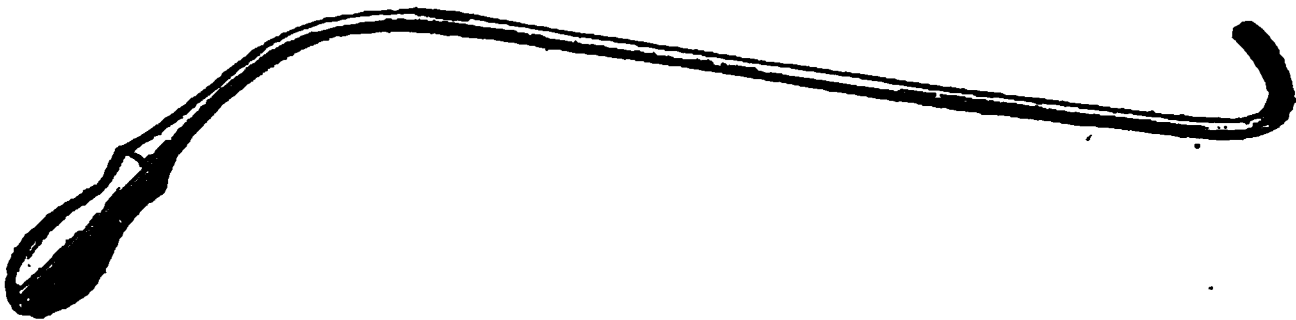


Fig. 2.

mais alors il est préférable de perforer la paroi interne du sinus dans le méat inférieur comme je le dirai tout à l'heure.

Avant de faire le cathétérisme, il est bon de pratiquer le

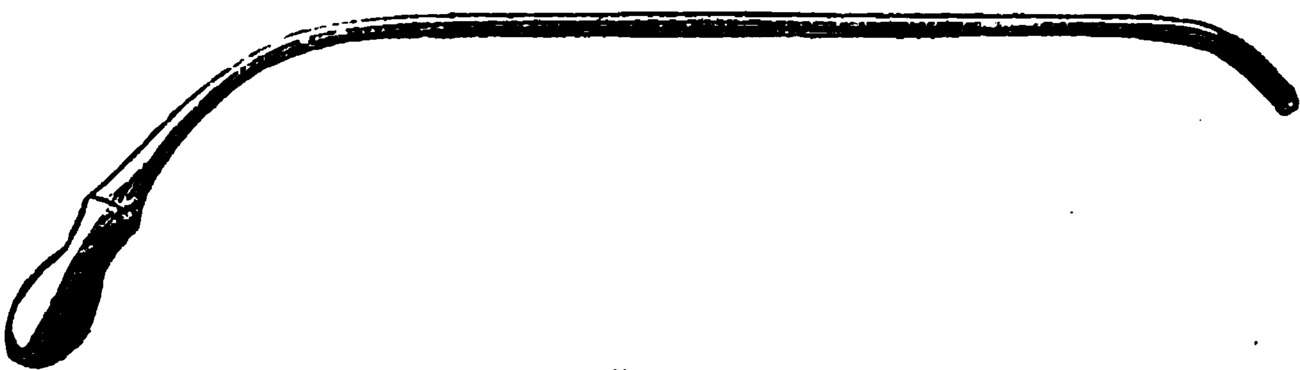


Fig. 3.

sondage de l'hiatus semi-lunaire avec la sonde de Hartmann représentée ci-dessous (*fig.* 4).

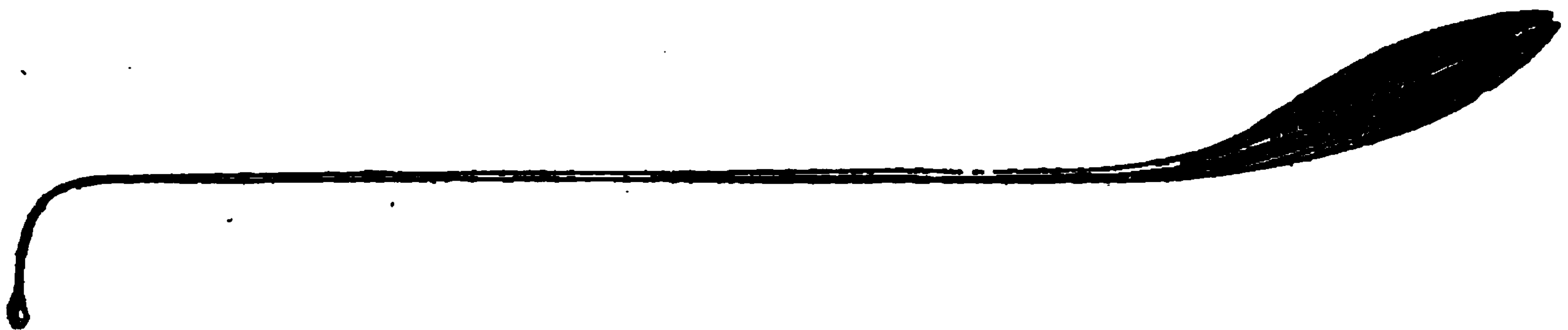


Fig. 4.

La technique du cathétérisme du sinus maxillaire et des autres sinus demande la connaissance de la rhinoscopie, au moins antérieure.

Après avoir lavé et désinfecté les cavités nasales et les avoir bien cocaïnisées, surtout le méat moyen, on fait passer à travers le spéculum nasal une des sondes susdites, suivant la place, en portant l'extrémité dirigée en haut entre le cornet moyen et la paroi interne du sinus; arrivés à la moitié du cornet, qui est éloigné de 3 centimètres en général de la cavité des narines, on se dirige au dehors et on pénètre ordinairement sans difficulté dans l'hiatus semi-lunaire. On s'aperçoit que la sonde a pénétré, soit par l'inclinaison d'environ 150° de son manche, soit par la sensation qu'on éprouve du bord coupant de l'apophyse crochue derrière laquelle la sonde se trouve engagée, soit par sa grande fixité.

A travers la sonde, on fait des injections, toujours tièdes, de solutions boriquées, salicylées, etc., pour vider le pus



Fig. 5.

du sinus, effet que l'on obtient le plus souvent en élargissant un peu les bords de l'ouverture et en faisant pencher la tête du malade du côté opposé. Si le contenu du sinus est très dense, desséché ou grumeleux, on devra, après avoir dilaté l'ouverture, employer les canules d'argent de grand calibre à double courant comme les cathéters uréthraux pour le lavage de la vessie, que j'ai été le premier à faire construire (*fig.* 5) et qui résolvent très bien le problème peu aisé du lavage complet de la cavité d'Highmore sans que des restes croupissent à sa base quand il faut opérer par la voie de l'hiatus semi-lunaire (1).

(1) On doit procéder de même pour laver les sinus par la voie de l'alvéole perforé et en aspirer le contenu au moyen de la seringue métallique d'Hüter. La seringue perforatrice de Schmidt permet l'exploration des sinus par l'alvéole dans les cas douteux, avant d'établir la grande communication entre l'alvéole et le sinus.

On peut faire suivre le lavage simple de l'aspiration du contenu liquide de l'autre maxillaire, surtout dans les cas où il a été impossible de se procurer par l'hiatus une ouverture suffisante pour faire écouler la sécrétion.

Pour faire cela, on applique, après quelques injections antiseptiques, à l'extrémité externe de la canule un tube de caoutchouc qui s'adapte à une seringue auriculaire à trois anneaux, et l'on fait l'aspiration.

On arrive ainsi à extraire une partie du dépôt de la base du sinus, qui y séjournerait toujours si l'on pratiquait seulement le lavage par les sondes ordinaires, sans double courant, parce que l'évacuation a lieu à un niveau supérieur à la base.

S'il est possible de faire le lavage et l'aspiration par

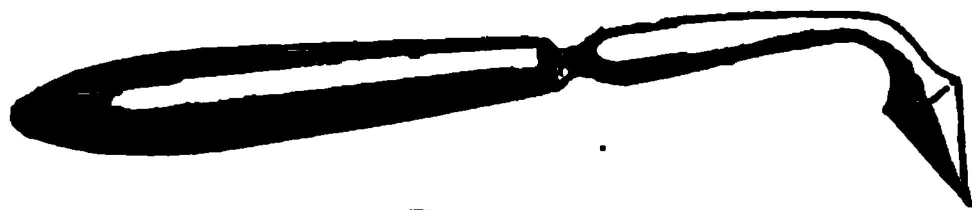


FIG. 6.

l'hiatus semi-lunaire, il est impossible d'introduire de petits instruments pour racler les granulations qui d'ordinaire se trouvent dans l'empyème chronique et de longue durée, quand celui-ci est produit par des lésions de la muqueuse nasale qui se sont étendues à travers l'hiatus. Dans ces cas, surtout s'il s'agit de femmes ou de jeunes filles ayant les dents intactes, il est préférable de se servir de la méthode de Mikulicz (1) que certains, presque tous les auteurs emploient et que j'ai expérimentée dans plusieurs cas. Dans ce but, Mikulicz s'est servi du trocart ci-dessus (*fig.* 6) qui,

(1) M. David Panzetta, dans son excellent et presque complet *Trattato di operazioni chirurgiche*, Naples, 1862, dit à la page 154 du tome II : « M. Gooch vient de proposer et a pratiqué avec succès la perforation du sinus maxillaire par la paroi nasale chez une femme qui ne présentait pas de lésions dentaires. » Je pense qu'il parle de Robert Gooch, né en Angleterre et mort à l'âge de 44 ans, qui fut professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres et médecin à Westminster. Je trouve mentionné dans les Encyclopedies médicales un autre Gooch (Benjamin), chirurgien anglais très renommé, auteur de plusieurs publications, qui s'établit à Strottigham, dans le comté de Norfolk, et mourut en 1780.

comme on le voit ici, est très fort, dont l'extrémité est acuminée pour pouvoir facilement perforer la paroi osseuse interne du sinus. Krause, de Berlin, emploie un perforateur plus pointu, et Michelson, de Kœnigsberg, un trocart à demeure qui sert de canule conductrice des liquides antiseptiques, etc.

Je me sers de préférence de la petite tige perforatrice pour la ponction ou la trépanation exploratrice d'une des parois du sinus maxillaire, dans les cas assez fréquents de diagnostic douteux de suppuration de l'antre d'Highmore. Je préfère pratiquer la ponction exploratrice par la paroi interne du sinus que par la paroi externe, pour des raisons de convenance personnelle et d'antisepsie. La paroi externe, choisie par quelques spécialistes français, comme le Dr Luc, l'a été autrefois par Desault, dans sa *fossette canine,* et par Lamorier, dans sa *rainure maxillo-labiale,* pour vider le sinus maxillaire de son contenu purulent ou muco-purulent. Il faut rejeter l'ancienne méthode de M. Callisen, qui perforait la voûte palatine!

Enfin je ne trouve pas utile de perforer l'espace intra-alvéolaire, ainsi que l'a proposé dernièrement l'auteur de la symptomatologie de l'empyème latent du sinus maxillaire, le Dr Ziem, de Dantzig, qui a souffert autrefois de cette affection.

Par une antisepsie parfaite on n'aura jamais à déplorer aucun mauvais résultat de la perforation exploratrice simple de la cavité du sinus, dans le cas négatif de collection puru lente lente, ou *empyème,* ou encore de collection séro-muqueuse ou *hydropique.* Quelle merveille! Quand nous connaissons la statistique très heureuse des laparotomies exploratrices!

Je me sers depuis trois ans de l'instrument suivant imaginé par le Dr Luc et construit par Mathieu en octobre 1888 à Paris (*fig.* 7). Il est indispensable que la tige perforatrice et aspiratrice soit résistante, de façon que l'on puisse perforer avec son extrémité émoussée, coupante, la paroi osseuse nasale du sinus, correspondant au point d'union du tiers antérieur avec le tiers postérieur du sillon formé par cette paroi et le plancher nasal, os palatin.

Si le malade est robuste, la simple cocaïnisation pourra suffire; dans le cas contraire, il faudra procurer une demi-anesthésie générale par le bromure d'éthyle (1), qu'on emploie aujourd'hui pour extraire en une seule fois les végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, et dont je me suis aussi servi pour l'amygdalotomie chez les enfants indociles, et dans les cas d'extraction difficile et douloureuse des corps étrangers fixés dans la caisse du tympan.

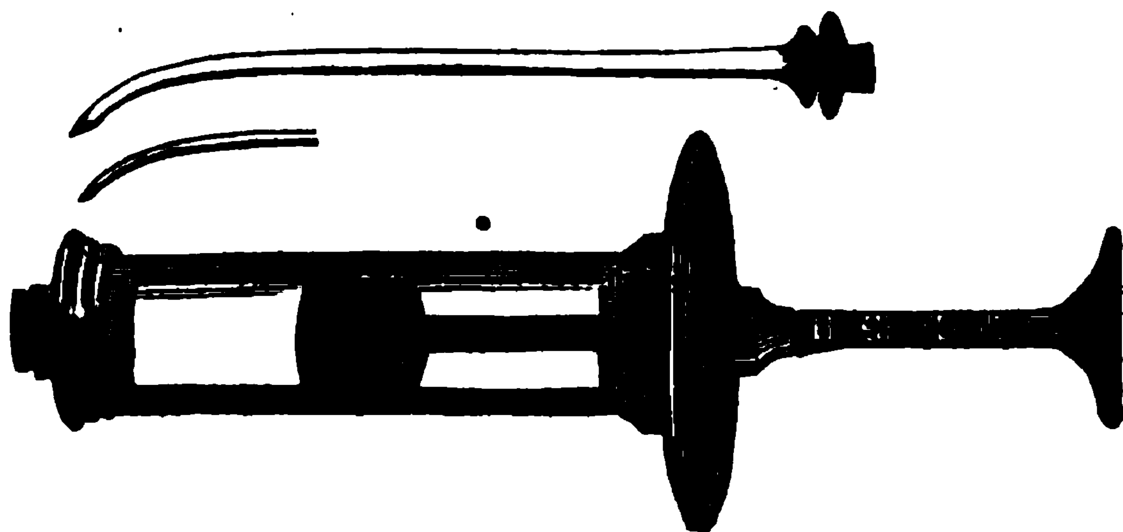


Fig. 7.

Pour exécuter la perforation de la paroi nasale du sinus maxillaire, il faut qu'un assistant robuste tienne solidement la tête par l'occiput, tandis que l'opérateur, après avoir monté la seringue et pratiqué la rhinoscopie, applique la pointe de la canule perforante un peu retournée en haut au point susdit et, par une brusque pression, perfore la paroi et pénètre dans l'antre; ainsi le pus est aspiré, le piston étant très étroit. Si le pus est dense, on dévisse le corps de la seringue de la canule, et on fait des irrigations tièdes

(1) Mon regretté confrère et ami Calmettes me demontra, en octobre 1888, l'utilité de l'application du bromure d'éthyle comme anesthésique pour opérer les végétations adénoïdes selon la méthode de Moritz Schmidt, de Francfort-sur-le-Mein.

De même Terrillon, en France, avait attiré l'attention de ses collègues de la Société de Chirurgie, sur les avantages du bromure d'éthyle comme anesthésique général, parce qu'il ne produit pas la mort par syncope et ne provoque pas de vomissements comme le chloroforme. En outre il a l'avantage, pour nos opérations de brève durée, de ne pas donner de résolution musculaire et de cesser son action avec l'arrêt des inhalations, ce qui fait que le malade se réveille aussitôt sans être très abattu, raison pour laquelle il ne pourra jamais remplacer le chloroforme dans les opérations de longue durée.

Le bromure d'éthyle vient d'être très bien étudié au point de vue expé-

à travers cette dernière, antiseptiques avec une autre seringue, après quoi on procède à l'aspiration pour débarrasser le sinus de son contenu.

Le traitement consécutif consistera en lavages avec des solutions tièdes d'acide borique suivies d'instillations de naphthol camphré pur, ou mêlé à des gouttes d'acide phénique, dissous dans l'huile de vaseline : la formule que je préfère est la suivante :

Huile de vaseline.........	60	grammes.
Naphthol camphré........	10	—
Acide phénique pur......	2	—

Une fois la perforation pratiquée avec la canule unie au corps de la seringue qui sert de point d'appui pour la main, on devra dilater beaucoup dans les cas où il est nécessaire de racler les parois du sinus pour enlever les néo-productions. Dans ce but, on peut introduire des curettes spéciales, recourbées comme celles que j'ai fait construire il y a longtemps pour racler le fond et le haut de la paroi supérieure osseuse du conduit (*mur de la logette* des Français), ainsi que les parois de la caisse, dans sa partie élevée, l'attique (*fig.* 8). On peut introduire aussi des canules minces, recourbées de pulvérisateurs, ou des insufflateurs dont l'extrémité est réunie à un mince tube de caoutchouc à moitié durci.

S'il existe des séquestres osseux, on cherchera à les extraire, et s'il existe des hypertrophies ou plutôt des hyperplasies de la muqueuse, on appliquera le thermo-cautère très mince ou le galvano-cautère.

rimental par le Dr Albonyi, de Budapest, dans sa monographie sur les narcotiques, publiée dans la *Clinique* de Vienne, 1891, dans laquelle, après une grande discussion des expériences faites sur les animaux, il arrive aux importantes conclusions suivantes, qui encouragent le chirurgien spécialiste à s'en servir :

1° Soit sur les grenouilles, soit sur les lapins, le bromure d'éthyle n'exerce *aucune influence appréciable ni sur le cœur ni sur les poumons* ;

2° Employé en *injections hypodermiques*, la narcose apparaît rarement et dure très peu de temps; par contre il exerce une action *très sûre et extraordinairement rapide* en *inhalations* avec le masque;

3° Des expériences faites sur *l'homme* on peut déduire aussi que le bromure d'éthyle pour un temps court n'altère pas essentiellement les centres qui président à l'activité cardiaque et respiratoire.

Sinus frontal. — Pour le sinus frontal, je me limite à la technique du sondage et du cathétérisme par la voie nasale, laissant de côté tout ce qu'on sait de la chirurgie générale en ce qui regarde l'ouverture opératoire du sinus par la voie de la glabelle. Je dirai seulement que si l'interven-



Fig. 8.

tion chirurgicale est urgente, on devra pratiquer l'ouverture du sinus ou plutôt des sinus frontaux, dans la partie correspondante à la région sourcilière qui est voisine de la racine du nez. Ainsi, après avoir séparé les parties molles et décollé le périoste avec la gouge et non avec le trépan, on perfore une portion du sinus; pour bien réussir, il faut, durant l'opération, se maintenir profondément et dans le voisinage de la racine du nez.



Fig. 9.

Le sondage du sinus frontal se pratique au moyen d'un stylet recourbé (*fig.* 9), comme la canule pour son cathétérisme (*fig.* 10), et il faut suivre les mêmes règles pour l'introduire.

Voici la technique à employer : quand l'extrémité antérieure du cornet moyen cache l'orifice du sinus, il faudra, avant de pratiquer le sondage ou le cathétérisme, le résé-

quer en partie avec l'anse galvano-caustique rouge, plutôt qu'avec le conchotome de Hartmann, à cause de l'hémorrhagie possible. Après quoi, on fait passer la pointe du stylet, ou de la canule, ou du cathéter, entre la paroi externe de la fosse nasale et l'extrémité antérieure du cornet moyen, en la poussant en haut et en avant. Si l'instrument est arrêté par les obstacles qu'il rencontre, on le retire et on modifie la courbe de son extrémité. Le conduit, qui varie de longueur et de direction, finit à l'orifice circulaire du sinus frontal, orifice qui se trouve à la partie supérieure de l'*infundibulum,* qui est un véritable canal oblique en haut et en avant, concave à sa partie supérieure, et à la partie inférieure et postérieure duquel débouche le sinus maxillaire par une scissure allongée. La longueur de ce canal est de



Fig. 10.

12 millimètres, rarement de 20 millimètres (il manque très rarement); il se dirige obliquement en haut et en avant avec une légère courbe. Si, comme je l'ai dit plus haut, l'ouverture du sinus maxillaire débouche dans la partie inférieure et postérieure de l'infundibulum, on peut ainsi pénétrer dans ce dernier, pour peu que la sonde soit dirigée en dehors, surtout dans les cas où quelques cellules ethmoïdales débouchent, comme le sinus frontal, dans l'hiatus semi-lunaire du maxillaire.

L'opérateur s'apercevra qu'il est dans le sinus frontal par la direction de la sonde et parce qu'il sera éloigné de l'orifice de la narine de plus de 5 centimètres, distance ordinaire qui sépare celui-ci du plancher du sinus frontal.

Pendant l'introduction de la sonde, on entend un léger craquement, comme la rupture de fines lamelles osseuses, qui opposent de la résistance, et il s'ensuit un écoulement

de sang, de 1 à 4 cuillerées, et aussi de pus, comme on l'a observé dans les cas d'influenza. On tire la sonde en arrière, et on fait incliner la tête du malade en avant, pour faciliter l'issue du sang, qui cesse immédiatement.

Après avoir ouvert et dilaté le sinus, on peut introduire des curettes pour enlever les granulations et le contenu desséché du sinus et pratiquer ensuite des cautérisations à l'acide chromique, à l'acide trichloracétique, etc.

Une condition fondamentale pour la chirurgie du sinus frontal est de bien ouvrir le septum qui divise les sinus dans les cas où le diaphragme qui les sépare ne soit pas encore détruit, et d'élargir la communication des sinus avec les cavités nasales, comme l'ont toujours recommandé les opérateurs les plus illustres.

Après avoir établi la communication avec la cavité nasale moyenne, on pensera à mettre un *drain*, surtout si l'empyème des sinus frontaux est provoqué par des tumeurs, par exemple par des myxomes nasaux ayant envahi l'infundibulum. De même, dans les cas d'ouverture du sinus par la voie cutanée, il est indispensable de dilater l'ouverture du sinus, qui débouche dans la partie haute de l'infundibulum, à travers laquelle on met un drain pour exécuter de fréquents lavages antiseptiques.

Le chirurgien se servira, en outre des curettes, de la galvano-caustique et du thermo-cautère pour détruire l'implantation des granulations simples et polypoïdes et la carie. Il terminera le tout, soit qu'il y ait eu ouverture spontanée ou chirurgicale du sinus par la peau, avec des poudres antiseptiques à base d'aristol et de naphtol, ou d'acide borique et de résorcine.

Sinus ethmoïdaux. — Pour les sinus ethmoïdaux, ce n'est pas le cas de faire le sondage ou le cathétérisme de leurs ouvertures ou scissures, les cellules ethmoïdales postérieures s'ouvrant dans le méat supérieur par un ou plusieurs orifices, et les cellules ethmoïdales antérieures s'ouvrant dans le méat moyen par une scissure qui se trouve à la partie supérieure et antérieure; au-dessus de cette scissure se trouve l'infundibulum, embouchure du sinus

frontal et maxillaire, l'un en haut, le frontal, l'autre en bas, le maxillaire, parce que la recherche de ces orifices serait difficile. Il vaut mieux ouvrir les cellules ethmoïdales lésées, même si ce sont les centrales et celles qui sont situées le plus haut au-dessous et à côté de la lame criblée, parce que réellement les sinus ethmoïdaux ne sont que des espaces de tissu osseux, cellulaire, aréolaire plus dilatés. On peut ouvrir le sinus ethmoïdal antérieur avec une sonde (*fig.* 11)



FIG. 11.

qui se termine à une extrémité en forme de cuiller, et de l'autre en pointe de plume, ce qui la rend très efficace pour ouvrir les sinus ethmoïdaux, comme le préfère toujours Schæffer, de Brême. La sonde est introduite entre le cornet inférieur et moyen du dehors, à rebours et au-dessus dans la paroi externe du nez au point de conjonction du cornet moyen. En voulant ouvrir le sinus ethmoïdal, il est bon de marquer sur la sonde la distance du sinus frontal depuis la pointe du nez.

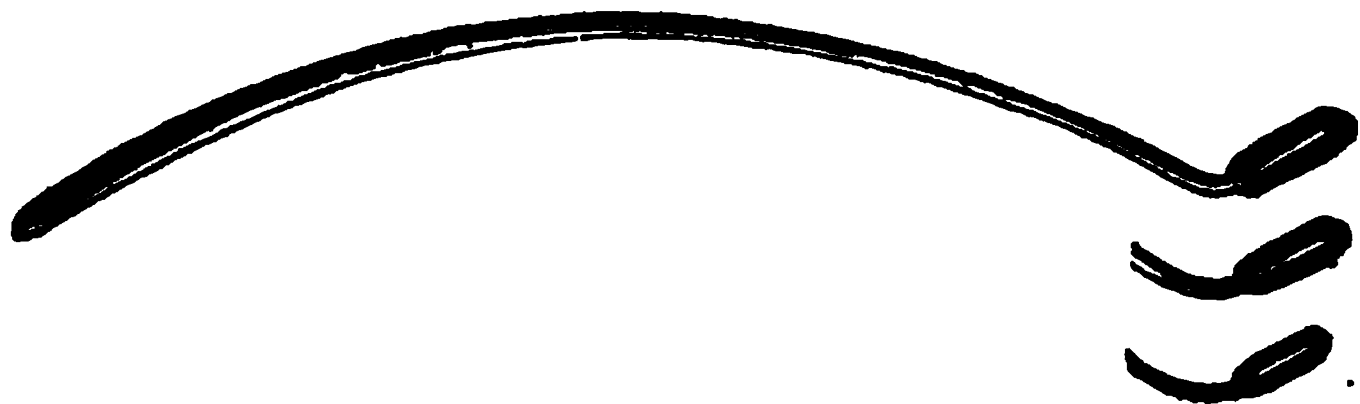


FIG. 12.

Dans ce but, quand il existe des ethmoïdites purulentes et encore plus dans les cas où il y a des séquestres osseux, je me sers des curettes reproduites ci-dessous (*fig.* 12) que je fis construire en 1888 à Paris, et que j'expérimentai au

grand avantage des malades à la clinique rhino-laryngologique de mon savant ami le Dr Gouguenheim à l'hôpital Lariboisière.

La sonde de Schæffer est indiquée pour opérer les rares ethmoïdites aiguës et subaiguës, avec dilatation énorme d'un noyau des cellules osseuses, qui, en oculistique, portent le nom de *mucocèles* (1), et qui, outre les symptômes ordinaires : occlusion de la cavité nasale, écoulement muco-purulent par la narine, douleur naso-frontale, produisent aussi l'exophthalmie, ainsi qu'il arrive dans l'empyème du sinus maxillaire abandonné à lui-même. Par suite des rapports de la paroi supérieure du sinus avec l'orbite; dans le cas de dilatation de cette paroi du sinus, il se produit un rétrécissement de la cavité orbitaire, et par conséquent de l'exophthalmie; ainsi que l'atrophie du globe oculaire.

Les symptômes oculaires graves disparaissent après l'évacuation du contenu muco-purulent de la dilatation cellulaire osseuse, effectuée par le labyrinthe ethmoïdal ou le sinus maxillaire. J'ai fait construire dans ce but plusieurs sondes perforatrices terminées en forme de plumes à écrire, afin d'ouvrir la paroi très mince des cellules ethmoïdales. Ces sondes, qui d'un côté ouvrent les cellules, et de l'autre les relâchent, m'ont été très utiles dans les phlogoses lentes, suppurées microbiennes communes, infectieuses ou spécifiques de ce labyrinthe, simulant des empyèmes des sinus; ou dans les rhinites rebelles purulentes chroniques, en ouvrant le noyau des cellules affectées, pour permettre l'action directe des médicaments antiseptiques et caustiques, et empêcher dans des cas spéciaux, surtout dans les labyrinthites infectieuses ou syphilitiques, l'*ethmoïdite nécrosante*, qui a été récemment très bien étudiée par le Dr Woakes, de Londres.

Si, concurremment à une maladie du sinus ethmoïdal, il existe une tuméfaction notable des os poreux du cornet moyen, alors on y introduit la sonde de Schæffer, en haut, dans la direction nécessaire, on racle le cornet moyen et le

(1) Mucocele dei seni frontali e del laberinto etmoidale. Clinique opthalmologique de l'Université de Naples, par le Dr L. Polignani et le professeur C. de Vincentiis (Naples, 1891).

sinus ethmoïdal, et, s'il en est besoin, on enlève une partie du cornet moyen au moyen de ciseaux, de bistouris, etc. Les soins postérieurs sont les mêmes que pour le sinus frontal, seulement on devra recommander pour les sinus ethmoïdaux beaucoup d'habileté et de légèreté de main à l'opérateur.

Il va sans dire que l'on devra avant tout examiner, au moyen de la rhinoscopie antérieure, quel est le sinus suppu-

Fig. 13.

rant, le centre le plus lésé des cellules ethmoïdales, puis désinfecter le tout soigneusement, ensuite gratter et appliquer la galvanocaustique, enfin faire des pulvérisations antiseptiques continuelles, avec le pulvérisateur intranasal de Ruault (*fig.* 13), que je trouve très efficace par la force du jet interrompu qui permet au liquide de pénétrer dans les divers antres des cellules ethmoïdales ouvertes.

Il est prudent de recommander la plus grande attention en opérant sur la voûte des cavités nasales, bases des lobes cérébraux antérieurs, et la plus scrupuleuse antisepsie des

surfaces et des instruments pour se garantir contre l'érysipèle.

Souvent, outre l'application des susdites curettes qui s'adaptent au manche d'un miroir laryngoscopique et qui s'emploient toujours au moyen de la rhinoscopie, on emploie des perforateurs ou excavateurs des cellules ethmoïdales, comme de fins poinçons de diverses grandeurs, toujours après cocaïnisation préalable à 1 pour 15; et si le sang empêche de continuer l'opération, j'ai toujours à portée de la main un irrigateur d'eau chaude entre 50° et 55°; ainsi j'effectue l'hémostase et puis continuer à vider les cellules atteintes de phlogoses purulentes, pourvu qu'il ne s'agisse pas de syphilis, mais au contraire d'une complication d'ethmoïdite infectieuse, comme dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la syphi-

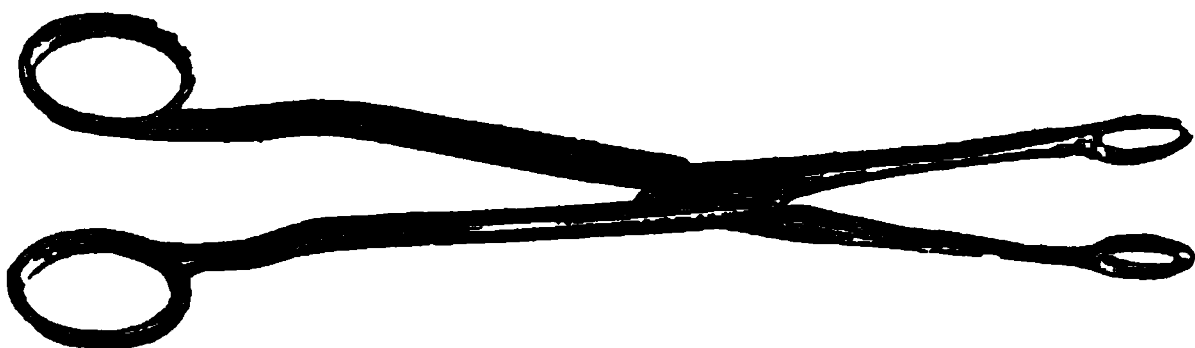


Fig. 14.

lis, etc., et alors on pourra trouver aussi de gros séquestres. Ces séquestres peuvent atteindre des dimensions telles qu'ils obstruent les fosses nasales, en y restant englobés; pour les enlever il faut employer un brise-os intranasal, comme celui de Schæffer, ou une pince coupante pareille à celle que l'on voi ci-dessus, c'est-à-dire une pince à cuiller (*fig.* 14) que j'ai fait construire, il y a quelques années, pour extraire des résidus de polypes nasaux des parties peu accessibles à l'anse sèche de Wilde, si par exemple ils sont petits et originaires de la voûte (cas rares).

Après avoir morcelé le séquestre, comme on le fera pour un gros rhinolithe en coin, on le dégage par des irrigations et on le saisit avec des pinces intranasales; je préfère les miennes à baïonnette pour avoir toujours plus libre le champ rhinoscopique de la main qui opère.

En général, on peut dire que les maladies des sinus

ethmoïdaux demandent beaucoup de temps et d'adresse pour être bien soignées.

Sinus sphénoïdaux. — Pour le sinus sphénoïdal, dont l'orifice débouche dans la partie postérieure de la voûte juste dans le recessus sphéno-ethmoïdal, à une distance de 5 millimètres du septum, on rencontre de plus grandes difficultés pour le sondage et le cathétérisme que pour les autres sinus.

La première difficulté consiste à faire pénétrer la sonde exploratrice (*fig.* 15) dans l'orifice du sinus sphénoïdal, celle-ci devant passer par l'étroite fente olfactive qui, à son tour, dépend de la saillie variable du cornet moyen et des fréquentes déviations du septum nasal, spécialement à gauche.

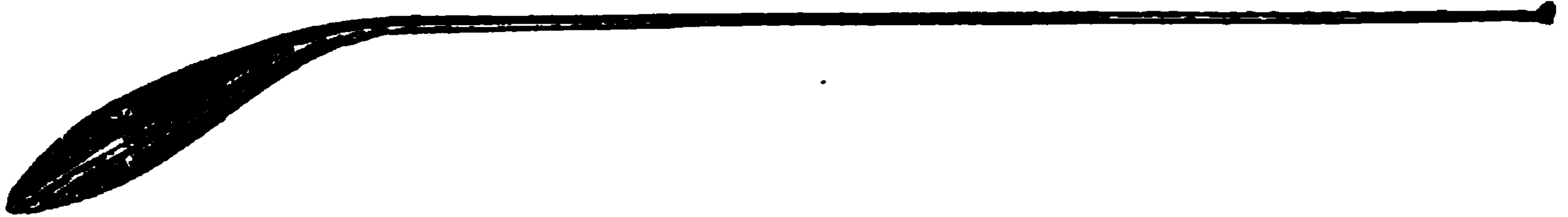


Fig. 15.

La sonde, tant pour explorer que pour injecter des solutions antiseptiques, doit avoir 1^{mm} 1/2 d'épaisseur et 15 centimètres de long ; elle doit avoir une extrémité recourbée, moins toutefois qu'un cathéter pour la trompe d'Eustache. La pointe de l'instrument étant dirigée en bas devra être portée obliquement en haut et en arrière, entre le cornet moyen et le septum, jusqu'à ce qu'on touche la paroi sphénoïdale. Alors en portant la pointe de la sonde légèrement en dehors, on l'introduira doucement dans l'orifice du sinus; et, s'il existe un empyème, il peut survenir une évacuation de sang et de pus, qui s'écoulent de préférence par les choanes. On voit la sonde se mouvoir plus librement dans la cavité sphénoïdale que dans le sinus frontal. Le malade, pendant l'opération, sent une douleur à l'angle de l'œil, tandis que dans le sondage du sinus frontal, il accuse une douleur à la racine du nez et à l'angle de l'œil. Quelquefois il survient de très violentes douleurs qui disparaissent aussitôt.

Schæffer, de Brême, préfère aussi pour le sinus sphénoï-

dal sa sonde à cuiller, surtout si la maladie du sinus est associée à une lésion osseuse. Il dit que sa sonde le garantit, parce que, étant large, elle ne glisse ni ne dévie. Il n'est pas difficile non plus de se faire une route dans la cavité osseuse avec les sondes d'argent ordinaires. Toutefois, en tenant compte de la juste observation que le sondage seul ne donne pas de résultats notables, dans les suppurations graves et de longue durée des sinus chacun en particulier, il est bon d'accepter l'axiome thérapeutique de Schæffer, d'associer le sondage à l'ouverture plus ou moins grande du sinus et de pratiquer en même temps une ouverture collatérale; parce qu'aussi, d'après les expériences de Naumann, on a la confirmation que les sinus frontaux et sphénoïdaux ne peuvent être complètement irrigués, si on n'y pratique une ouverture collatérale.

Après l'introduction de la sonde dans la cavité sphénoïdale, on pourra découvrir une carie de ses parois, et alors on pratiquera des lavages antiseptiques, et si ceux-ci ne donnent pas de résultats satisfaisants, on doit aussitôt (si la carie n'est pas d'origine syphilitique) ouvrir largement le sinus dans sa paroi antérieure et pratiquer la *perforation* mieux dénommée ici que trépanation, pour laquelle il y a diverses méthodes; celle de Schech, par la cavité *naso-pharyngienne*, qui est peu pratique; celle de Bergh, à travers *les cellules ethmoïdales postérieures*, spécialement si celles-ci sont très lésées et s'il existe de la carie et de la nécrose de la paroi interne de l'orbite; celles de Zuckerkandl, de Berger, de Schæffer et de Tyrman à travers les cavités nasales. Zuckerkandl recommande sa méthode pour l'avoir expérimentée sur des cadavres; mais c'est Schæffer, de Brême, qui, le premier l'a mise en pratique, au moyen de sa sonde spéciale à cuiller; puis elle a été employée avec un résultat excellent par Heryng, de Varsovie, Ruault, de Paris, et d'autres, qui ont obtenu des résultats parfaits dans la perforation du sinus. Schæffer voudrait qu'on pratiquât avec sa curette la dilatation de l'orifice du sinus, pour mieux exécuter les lavages et le cathétérisme. Dans quelques cas, pour s'ouvrir une route, il faut réséquer une partie du cornet

moyen dans sa portion postérieure, comme on l'a dit pour le cathétérisme du sinus frontal dans lequel on doit, dans certains cas, réséquer une partie de la portion antérieure du même cornet.

On doit aussi recommander l'intervention chirurgicale dans les cas où le pus est en proportions minimes et date de plusieurs années, parce qu'on soulage toujours les malades. Dans ces cas, il est facile de trouver des hypertrophies de la muqueuse nasale qui obstruent l'issue du pus, des myxomes, etc., qu'il faut aussitôt enlever si l'on veut obtenir la guérison complète ou relative.

Sinus ethmoïdo-lacrymaux. — Mais sont-ce tous les sinus des cavités nasales, c'est-à-dire n'en existe-t-il pas un autre non encore signalé dans les traités d'anatomie que nous avons entre les mains ? Si, il existe le sinus *ethmoïdo-lacrymal* ainsi nommé par l'illustre professeur et sénateur Verga, de Milan en 1875, et qui est le promontoire découvert par le distingué anatomiste de l'Université de Pavie, professeur Zoja en 1870, et que Zuckerkandl, à présent professeur d'anatomie à Vienne, appelle *bulle ethmoïdale*, sans indiquer les travaux des professeurs italiens précités, dans sa *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhœhle und ihrer pneumatischen Anhæunge,* publiée à Vienne en 1882.

Je veux confirmer de nouveau pour la première fois au point de vue chirurgical l'existence de cette grande cellule ethmoïdale qui se trouve dans le méat moyen au-dessous du cornet moyen, et entre celui-ci et l'infundibulum sur la paroi nasale externe, comme une éminence plus ou moins développée, de forme ovale, avec une ou plusieurs ouvertures dans sa partie supérieure. Cette éminence, comme je l'ai déjà dit, n'est qu'une grosse cellule avec un trou ou canal de communication avec le méat supérieur. Ce trou est situé dans le segment supérieur du sinus ethmoïdo-lacrymal, juste dans le cul-de-sac qui le sépare du cornet moyen de forme circulaire ou elliptique, du diamètre de 1 à 8 millimètres ; il se convertit en un petit canal dirigé obliquement en haut et en dehors, qui se termine dans la bulle ethmoïdale située antérieurement sous le trou orbitaire interne.

Ces intéressantes notes sur le sinus ethmoïdo-lacrymal complètent, quoique grossièrement, ce que nous savions de l'anatomie du méat moyen. En dehors de leur valeur anatomique et historique pour la littérature des découvertes du génie italien, que j'ai intérêt à revendiquer, elles ont leur valeur pathologique et chirurgicale, parce que le promontoire représentant une autre cavité pneumatique ou un sinus souvent plus large que les sinus ethmoïdaux, avec une muqueuse amincie pauvre en glandes, comme les autres sinus, avec un canal débouchant dans le méat supérieur, peut être le siège de phlogoses aiguës et chroniques, de microbes communs et d'autres infections, et peut donner lieu à de lentes suppurations avec rétention du pus, qui peuvent simuler des empyèmes lents du sinus maxillaire, c'est-à-dire représenter un autre cas de *pseudo-empyème*, comme on le nomme dans la pratique, comme il peut arriver aussi dans les cas d'ostéites nécrosantes du cornet moyen (1) et les deux variétés de suppurations des cellules ethmoïdales interne et externe décrites par Bosworth (2); de kystes, osseux suppurés, de corps étrangers du méat moyen, de rhinolithes, etc.

Il suffit de développer quelques-unes des 22 planches qui ornent l'ouvrage cité plus haut de Zuckerkandl, ou celles toutes récentes de l'*Atlas de l'Anatomie des cavités nasales*, fait d'après des coupes congelées que le professeur B. Frænkel, de Berlin, a publié cette année, pour se convaincre de la fréquence des néoplasies myxomateuses qui ont leur origine dans les environs du sinus ethmoïdo-lacrymal, et pour voir que c'est au développement varié de cette grande cellule avec une ouverture commode que l'on doit le calibre divers de la cavité nasale dans sa partie haute et moyenne.

J'ai justement eu en traitement, l'année dernière, un cas de suppuration lente du sinus ethmoïdo-lacrymal consécutive à l'influenza, qui s'est présenté à ma consultation de

(1) *Edward Woakes. Nasal polypus with neuralgia hay fever and asthma in relation to ethmoiditis* (London, 1887).

(2) Communication faite au 13e congrès de l'Association américaine de laryngologie. Various forms of diseases of the ethmoid cells (*New York med. Journ.*, 7 novembre 1891).

l'hôpital clinique. L'influenza, en particulier, nous a laissé plusieurs malades porteurs de phlogoses posthumes, soit des cavités primaires ou secondaires ou des sinus du nez ; ce fait est explicable par le commerce bactériologique qui existe entre les cavités primaires et secondaires. Le Dr v. Besser, de Vienne, a trouvé il y a environ trois ans une identité entre le contenu bactériologique des susdites cavités nasales grandes et petites et entre les bactéries pathogènes de l'empyème du sinus maxillaire ; on remarquera spécialement le diplococcus de Frænkel et Weichselbaum et le streptococcus de Fehleisen ou de l'érysipèle. Au cas où l'examen rhinoscopique répété du méat moyen, même après l'avoir dilaté, démontre une rétention de pus que l'on ne peut attribuer au sinus maxillaire, bien qu'il soit dans le voisinage de l'hiatus, souvent, embarrassé par la taille du sinus ethmoïdo-lacrymal, on devra, après un examen réitéré, ayant exclu toutes les autres lésions ethmoïdales capables de donner du pus, rappelées plus haut, ouvrir le sinus de Verga, parce que c'est le seul moyen d'obtenir la disparition de l'écoulement du pus plus ou moins fétide, et des autres symptômes de tension, ainsi que des douleurs vagues dans l'intérieur du nez, attribuées à la région sous-orbitraire.

C'est la première fois que dans la rhino-chirurgie on parle de ce *petit chapitre* de rhino-pathologie et chirurgie ; je suis sûr que mes confrères m'en seront reconnaissants, parce que j'ai cru devoir leur communiquer ce que ma grande pratique rhinoscopique m'enseigne et me démontre de plus en plus ; ayant eu toujours pour but de vulgariser les observations et les résultats de ma pratique, ainsi que les quarante publications que j'ai fait paraître jusqu'ici sur la *Rhinologie* en font foi.

Je répète encore une fois que nous devons toujours user de la chirurgie intranasale qui est très efficace, et est la seule qui puisse donner un résultat certain ou à peu près dans ces rhinopathies ennuyeuses et rebutantes qui ne sont pas rares, mais encore inconnues de beaucoup de personnes et prises pour des lésions phlogistiques de la muqueuse de Schneider ou du squelette osso-cartilagineux des grandes cavités nasales.

S'abandonner aux seuls traitements médicaux ou même pharmaceutiques locaux, c'est ne pas vouloir user des devoirs chirurgicaux qui nous sont imposés par les progrès faits dans ces dix dernières années par la pathologie et la thérapeutique des phlogoses catarrhales et purulentes de la muqueuse des sinus, produites par divers agent pathogènes.

Je conclus par l'axiome suivant, qui est le fruit de plus de 15 années de pratique rhinoscopique; observant de 700 à 800 malades du nez par an tant à l'hôpital que dans ma clientèle privée : « *Quand une sécrétion muco-purulente ou* « *entièrement purulente, avec formation de croûtes dans le* « *haut des méats, spécialement du méat moyen, ou dans le* « *sillon ou fente olfactive, adhérents ou non à la partie su-* « *périeure du septum — portion olfactive — persiste malgré* « *l'antisepsie et la rhino-chirurgie moderne pratiquées sur* « *les cavités primaires pendant quelques mois, à part les* « *rares cas de pseudo-empyème cités plus haut ou de myxo-* « *mes petits et cachés dans le haut des méats, ou de corps* « *étrangers existant depuis des mois et des années, ou de* « *rhinolithes ou de petites infiltrations gommeuses du la-* « *byrinthe ethmoïdal, on doit songer à une phlogose peu* « *réactive lente de la muqueuse peu dissolvante d'un sinus* « *ou de deux (parce que par exemple la suppuration du* « *maxillaire peut s'étendre au frontal comme aussi celle de* « *l'ethmoïdal antérieur, et vice versa), et les sinus simples* « *seront déterminés par tous les autres signes fournis soit* « *par la rhinoscopie soit par l'examen objectif ou subjectif* « *du malade, que j'ai exposé d'une manière détaillée pour* « *chaque sinus, dans mes six leçons sur la Pathologie et* « *la Chirurgie des sinus du nez, faites pendant l'année sco-* « *laire* 1889-90 *et publiées dans la* Gazzetta delle Cliniche, « *de Naples*) 1890, *organe des Instituts scientifiques.* »

Rappelons-nous qu'il y a une dizaine d'années les lésions des sinus, avec écoulement purulent, étaient parfaitement inconnues, et par leur ténacité et tous les autres ennuis qu'elles causaient au malade, on leur donnait en pathologie chirurgicale le nom de *pyorrhées* nasales, et dans la pratique *fistules* des cavités nasales, parce qu'on entendait souvent

sous le nom de fistule une lésion éternelle ou à peu près, et peu ou nullement curable. On les attribuait à des dyscrasies,

Fig. 46.

et on prétendait les guérir par des médications internes dépuratives !!! Seuls les progrès faits dans la rhino-chirurgie, des sinus nasaux, suffiraient à détromper encore une fois ceux qui ont été lents à se convaincre que le progrès est dû à la subdivision du travail scientifico-pratique, très accentuée en ces derniers temps, d'où la valeur des œuvres scientifiques, qui font toujours espérer mieux de l'avenir.

Nous pensons faire plaisir aux lecteurs des *Annales* en leur donnant ci-contre la reproduction de la boîte contenant tous les instruments nécessaires pour le traitement chirurgical des sinus du nez.

EXPLICATIONS DE LA FIGURE

1. — Trocart de Siebenmann, pour perforer les alvéoles dentaires.
2. — Canules du même, pour injecter des liquides antiseptiques, etc. à travers l'alvéole perforé.
3. — Manche pour appliquer des stylets pour explorer les cavités nasales et des instruments de traitement.
4. — Conchotome de Hartmann pour enlever les hypertrophies et les dégénérations myxomateuses des bords ou extrémités des cornets, spécialement celles du cornet moyen, qui obstruent l'entrée des instruments dans l'ouverture des sinus frontaux et sphénoïdaux.
5. — Porte-pince à cuiller de Schæffer.
6. — Dilatateur des méats de Woakes.
7. — Seringue pour perforations, aspirations et injections de Luc, pour le sinus maxillaire à travers le méat nasal inférieur, méthode de Mikulicz, voie nasale.
8. — *Petite* lampe électrique de Cozzolino pour éclairer les méats du nez, et *grande* pour rechercher le symptôme de Voltolini, pour le sinus maxilliaire. La petite sert aussi pour pratiquer la *rhino-tubo-pharyngoscopie antérieure à éclairage électrique postérieure*, méthode rhinoscopique de Cozzolino.
9. — Ciseaux ostéotomes de Fritsche.
10. — Perforateur du sinus maxillaire de Mikulicz, suivant sa méthode, voie nasale.
11. — Sonde vide ou cathéter de Hartmann pour irriguer le sinus maxillaire à travers l'hiatus et l'ouverture ordinaire du sinus maxillaire.
12. — Sondes vides ou cathéters du sinus maxillaire, pour injecter des solutions à travers l'ouverture ordinaire droite ou gauche.
13. — Curettes de Cozzolino pour la cavité de l'alvéole et des parois du sinus maxillaire.
14. — Sondes vides de Hartmann, pour irriguer les sinus frontaux.
15. — Sonde vide ou cathéter à double courant de Cozzolino, pour permettre l'issue du liquide injecté dans le sinus maxillaire par l'ouverture normale, quand l'alvéole dentaire n'a pas été perforée.
16. — Sondes vides de Cozzolino pour irriguer chaque méat et dans la perforation du sinus maxillaire, voie nasale, quand on doit procéder à un nettoyage soigné et à l'antisepsie des mêmes.
17. — Spéculum de Hartmann, pour explorer l'hiatus et l'ouverture des sinus maxillaires droit et gauche.

18. — Spéculum de Schæffer, pour explorer l'ouverture et le sinus sphénoïdal.
19. — Curettes de Cozzolino pour la voûte nasale, les cellules et le sinus ethmoïdaux, frontaux, etc., s'adaptant au manche 3.
20. — Trépans et perforateurs anciens des alvéoles dentaires, méthode de Cooper.
21. — Sonde à cuiller de Schæffer.
22. — Sonde à cuiller et à pointe de plume Schæffer-Cozzolino, pour dilater l'ouverture et racler la cavité sphenoïdale, ouvrir les sinus ethmoïdaux, la bulle ethmoïdale et les cellules du labyrinthe ethmoïdal.
23. — Cathéter de Schæffer, pour le sinus sphénoïdal.

II

DU MODE RESPIRATOIRE
PENDANT LA GYMNASTIQUE

Par le Dr COÜETOUX (de Nantes).

Toute médecine a commencé par l'étude des maladies ; ensuite seulement l'on s'est occupé de préciser la forme et le fonctionnement normal de l'organe. En dernier lieu vient l'étude de l'hygiène, c'est-à-dire des conditions dans lesquelles cet organe obtient, dans l'enfance, le meilleur développement par un fonctionnement régulier, et, dans l'âge adulte, la plus grande activité avec la moindre altération.

C'est que l'hygiène nécessite un ensemble de connaissances très complexe.

Il ne paraît pas que jusqu'ici l'hygiène de la respiration ait beaucoup guidé les hommes qui président aux règles de la gymnastique dans nos écoles. J'ai ouvert trois traités classiques : celui de M. Paz, le Manuel militaire, le Manuel de l'instruction primaire et secondaire de filles. L'ouvrage de M. Paz ne traite pas du mode respiratoire pendant l'exercice ; le Manuel militaire n'en dit pas un mot. J'ai été trouver de jeunes professeurs de gymnastique agréés dans les écoles du gouvernement ; je leur ai demandé quelles étaient leurs instructions à ce point de vue ; ils m'ont répondu qu'ils ne s'étaient jamais occupé de cela et qu'on ne leur en avait jamais parlé. — Que dirait-on d'un chauffeur à qui l'on

aurait expliqué les divers rouages de sa machine, mais qu'on n'aurait pas renseigné sur le moyen d'activer, de diminuer, d'économiser le tirage du foyer ? — Et pourtant il ne faut pas trop s'étonner : c'est tout au plus si la rhinologie, qui a fait tant de progrès en ces derniers temps, peut nous donner au point de vue respiratoire pendant l'exercice une réponse satisfaisante. — Questionnez à ce sujet des médecins, et vous verrez combien il y a désaccord.

La preuve de ce que je viens d'avancer se trouve dans les règles adoptées par le Manuel de l'école primaire de 1887, page 17. Voici ce qu'on trouve au sujet de la respiration dans ce petit traité fort bien fait : Pendant l'exercice « il faut inspirer par le nez, la bouche fermée ou entr'ouverte ; il faut autant que possible inspirer lentement et expirer à volonté suivant les circonstances. » Il y a déjà là un progrès très curieux sur ce qui est dit dans le Manuel primaire de 1880, page 13 : « On recommande donc aux élèves dans toutes les habitudes de la vie, mais surtout pendant les exercices, d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche. » Eh bien ! que le lecteur de ce travail veuille bien jusqu'à la fin de sa lecture inspirer par le nez et expirer par la bouche. J'en demande pardon à l'auteur du petit Manuel, mais voilà ce qu'on peut appeler tout simplement une scie ! En 1887 nous devrons encore inspirer par le nez, mais nous expirerons comme il nous plaira : ce sera un progrès.

Après avoir montré où nous en sommes, il s'agit de trouver une base scientifique aux conseils que nous donnerons sur le mode respiratoire pendant la gymnastique. Je n'ai pas à parler ici de l'entraînement, bien que je croie la gymnastique la meilleure préparation à l'entraînement. Dans la gymnastique, il s'agit de développer le plus possible l'individu physique au point de vue fonctionnel et à celui de la correction des formes. Cette correction, c'est la beauté dans le sens de Platon, c'est-à-dire la manifestation du développement de toutes les aptitudes physiques. L'entraînement prépare à un acte déterminé, spécialisé et souvent déformé.

Pour déterminer le mode respiratoire, suivons d'abord ses modifications et leurs conséquences pendant l'exercice. Mais

d'abord supprimons un mode respiratoire parfois conseillé, le type naso-buccal. Il n'existe pas ; on ne peut respirer par le nez et la bouche simultanément. Dans un seul cas, la colonne d'air peut se diviser et passer, lors de l'expiration, en partie au-dessus, en partie au-dessous du voile du palais ; c'est dans la respiration phonétique, dans l'émission des syllabes nasales *an*, *en*, *on*, par exemple ; et lors de l'inspiration, dans une sorte de ronflement laissant à peu près les organes dans la situation où ils sont pour l'émission des syllabes nasales. Cette respiration naso-buccale ou phonétique est caractérisée par la tension active du voile.

Nous n'avons donc à nous occuper que de la respiration avec relâchement du voile : elle est buccale ou nasale.

La respiration buccale est une respiration de suppléance; continuée pendant quelque temps, elle ne permet pas de modération dans l'apport de l'air, elle dessèche la muqueuse ; mais aussi elle suffit à une grande activité des organes, permet une course très rapide. La conséquence est que le cœur se trouve bientôt avoir donné son maximum d'effort, une asystolie normale se produit, il faut s'arrêter de suite, complètement impuissant, pour quelques instants du moins, car il ne subsiste aucune réserve, au contraire de ce qui se passe dans la respiration nasale. Si l'on prend l'habitude de cette respiration dans un exercice un peu actif, la glotte, dont la contraction préside à l'effort violent, mais passager, ne préside plus à l'effort devenu dans ce cas continu. La poitrine se soutient en s'appuyant sur les organes abdominaux que refoule le diaphragme ; c'est un point que nous reverrons.

La respiration nasale est seule la respiration continue normale. Seule elle doit être conseillée. Seule elle produit par la disposition même des organes cette modération dans l'apport de l'air sagement conseillée dans le petit Manuel primaire de 1887. D'abord il est absolument impossible, soit pendant l'exercice, soit pendant le repos, de se livrer quelques minutes seulement à cette bizarre préoccupation d'aspirer par la bouche et d'expirer par le nez ou réciproquement. Ceci montre combien il est imprudent de donner des conseils

sur des pratiques auxquelles on ne s'est pas soumis soi-même. L'inconscience doit présider à la respiration; notre intelligence ne doit ici intervenir que pour mettre les organes dans la position de leur parfait fonctionnement, mais ce fonctionnement lui-même doit être automatique.

J'ai voulu étudier le mode respiratoire pendant l'exercice, en pratiquant moi-même la gymnastique, et j'ai pensé que la bicyclette était le meilleur instrument pour se livrer à cette étude, et voici pourquoi. Quand on se livre à l'exercice du vélocipède, on éprouve une grande fatigue à faire marcher les pédales; cette fatigue diminue sans doute avec l'habitude; mais elle existe toujours dans les côtes. Or elle est bien moindre lorsque le mouvement s'accentue; il s'en suit que l'on tend toujours à aller de plus en plus vite pour diminuer l'effort. Ainsi le même motif qui nous fait ralentir la course à pied nous fait accentuer la marche du vélocipède; et voilà comment on monte sur cet instrument encore plus avec ses poumons qu'avec ses jambes, si j'ose ainsi parler. C'est donc un instrument parfait pour étudier la respiration dans l'exercice.

Quand on commence à marcher sur un vélocipède en respirant par le nez, la respiration devient plus rapide. Pour y suffire, les narines se dilatent un peu. De la sorte non seulement l'air entre plus largement, mais le voile du palais n'est pas autant attiré en haut. C'est que, en effet, à mesure que l'aspiration s'accentue, le vide aspirateur qui se produit dans le nez par la dilatation des poumons attire en haut le voile du palais. Il se produit là ce qui se voit dans l'olfaction, avec cette différence que les aspirations courtes et saccadées que nous faisons pour sentir un objet refoulent bien plus activement en haut le voile du palais, et arrêtent presque complètement le courant aérien, peut-être même en modifient la marche et le dirigent en haut vers les muqueuses olfactives. Dans la respiration activée, le voile vient faire contrepoids au besoin d'aspirer l'air. Il a un rôle modérateur extrêmement utile pour protéger le cœur, parce que le mouvement de la marche tend à se ralentir par essoufflement nasal, si j'ose dire. Un moment arrive où le vide nasal applique com-

plètement les ailes du nez sur la cloison, et il faut ou bien s'arrêter ou bien ouvrir la bouche. Ainsi le voile du palais et ensuite les ailes du nez président à l'essoufflement, à l'anhélation. Ils protègent le cœur, parce que entre le moment où la respiration nasale est impuissante et celui où se produirait l'asystolie, il y a suppléance possible par la respiration buccale. Dans les exercices il sera sage d'arrêter l'exercice avant d'user de cette respiration buccale. Ainsi l'individu s'arrête non épuisé, à bout de ressource, mais ayant en réserve la respiration buccale, qui doit toujours n'être regardée que comme une suppléance. De sorte que le but de la gymnastique est de développer la respiration nasale.

Voilà pour l'aspiration. Mais voyons ce qui se passe dans l'expiration nasale. Son rôle, à en croire l'auteur du manuel qui conseille d'expirer par la bouche, doit être bien insignifiant. Il est vrai que l'on pourrait fortement l'embarrasser en lui demandant comment modérer l'aspiration, ce qu'il conseille de faire, si un orifice large, la bouche, préside à l'expiration et laisse se dégager rapidement l'air. — Pour moi, l'inspiration nasale protège le cœur : l'expiration nasale permet l'effort, protège les parois abdominales et contribue au maintien normal. — Et en effet, dans l'expiration nasale, le voile du palais, chassé par le courant d'air vers la voûte pharyngienne, se relève ; l'air n'est expulsé qu'avec une lenteur relative. Ainsi le voile maintient la cavité thoracique dans un état de dilatation suffisante pour permettre aux membres de s'appuyer sur elle. C'est donc à un fonctionnement normal du voile que nous devons l'effort continu, prolongé, l'effort qui maintient le corps droit, soutient la colonne vertébrale et préserve l'individu de ces voussures constantes chez les enfants dont les narines sont obstruées, voussures dont la gymnastique bien combinée du tronc et des membres empêche l'exagération, mais qu'elle ne peut prévenir, et qui prouvent amplement la nécessité d'établir des règles au sujet du mode respiratoire dans la gymnastique.

Ces règles doivent s'appuyer sur l'observation. Aussi pouvons-nous déjà leur trouver une base suffisante dans l'étude que nous avons faite de la respiration normale pendant l'exercice.

Suivant les lois établies par la physiologie normale, nous devons veiller pendant l'inspiration à protéger le cœur contre une activité excessive; par l'inspiration nasale elle aura l'avantage de développer la respiration nasale, c'est-à-dire la prise d'air normale. La bouche restant fermée par une habitude sagement établie, il s'y maintiendra le vide démontré par Donders dans ses expériences (pression négative de 6 à 7 millimètres) et qui contribue à prévenir la voussure de la voûte palatine que provoque l'aspiration nasale; la langue reposant, par suite de la fermeture buccale, entre les parties latérales des deux arcades alvéolaires, tendra à l'écarter et permettra aux follicules dentaires de se développer sur un espace suffisant. A mesure que l'aptitude à l'exercice s'accroîtra, la fonction respiratoire nasale deviendra plus active, mais si l'aspiration nasale est conservée, il y aura moins à craindre un excès de zèle de l'élève ou du professeur, car l'anhélation, l'essoufflement, préviendra la fatigue du cœur.

Dans le cas d'un obstacle à la partie postérieure des fosses nasales, gonflement de la muqueuse, végétations, le fait d'entr'ouvrir la bouche faciliterait la respiration nasale. Nous pensons que le professeur ne doit pas tolérer cette attitude qui dégénérerait vite en respiration buccale et ne contribuerait pas, comme le fait la fermeture de la bouche, au développement normal de la région. Il vaut mieux obliger à conserver dans la bouche un petit objet, une paille, un bout de caoutchouc, un grain de poivre, une fève de kola, plutôt qu'un caillou, lequel peut provoquer une érosion dentaire douloureuse par attaque de l'émail.

Sans doute il y aura quelque inconvénient à cette règle: c'est ainsi que si les professeurs veulent absolument veiller à la respiration nasale et exclusivement nasale pendant les exercices, ils ne seront pas sans s'apercevoir bientôt que beaucoup d'élèves ne peuvent suivre leurs sages conseils, et que les troubles de la fonction respiratoire sont infiniment plus fréquents qu'ils ne supposent. Le nez chez beaucoup d'enfants est absolument obstrué. Dans ce cas ils devront adresser l'enfant à un médecin compétent, et ce sera autant

d'enfants soustraits à la surdité, suite de l'obstruction nasale et de la respiration buccale.

L'expiration devra également être nasale, parce que l'effort sera ainsi plus soutenu, plus continu. Et d'ailleurs il est impossible de pratiquer quelque temps de suite pendant l'exercice l'un des temps de la respiration, aspiration ou expiration, par un orifice et l'autre temps par l'autre. Il est même assez curieux, après avoir vu parler longtemps par les médecins eux-mêmes de respiration naso-buccale simultanée, chose impossible, de voir conseiller par les pédagogues la respiration bucco-nasale ou naso-buccale alternative, aspiration buccale et expiration nasale ou l'inverse, chose également impraticable, non pour un instant, mais pour quelques heures, et de voir donner ce conseil pour *toutes les habitudes de la vie.* Ici toutefois je dois faire une réserve : la respiration avec aspiration nasale et expiration buccale est quelquefois pratiquée pendant un temps assez long, dans deux circonstances : chez le fumeur on la voit pratiquée parfois avec une certaine suite, et aussi comme phénomène agonique, qualifié en pathologie par le terme fumer sa pipe. Je ne pense pas que nos pédagogues s'autorisent de ces deux circonstances pour conseiller ce mode respiratoire.

Toutes ces inconséquenes montrent combien la question est peu élucidée. En lisant le Manuel de l'école primaire, à notre avis bien supérieur aux autres traités de ce genre, on voit qu'il y a là le sentiment d'une question importante à préciser. Mais les bases manquaient.

Ces bases se trouvent dans l'observation ; il faut pratiquer soi-même la gymnastique pour bien interpréter les phénomènes, et le professeur de gymnastique doit s'en rendre compte dans la limite possible. A ce point de vue, rien de plus juste que ces mots du Manuel de 1880 : « Le développement des organes de la respiration est l'un des buts principaux de la gymnastique scolaire ; et c'est aussi l'une des conditions essentielles de la bonne exécution des mouvements. » On aurait même pu dire que c'est le but capital, qu'il n'y a aucun inconvénient à le considérer comme le but

unique, puisqu'il est impossible de bien développer la respiration sans faire de la gymnastique avec un mode respiratoire rationnel, tandis qu'on peut faire un bon gymnasiarque au point de vue de la force, de la rapidité des mouvements (mais non de la correction du maintien) avec un mode respiratoire défectueux.

Dans une étude précédente, j'ai cherché à établir que l'effort reposait sur la fermeture de la glotte qui accumulait l'air dans le thorax ainsi soutenu par cette dilatation (effort violent et passagor); ou bien sur le relèvement du voile du palais (effort continu dans lequel l'air trouve un demi-obstacle à sa sortie du thorax). On pourrait être étonné d'abord de l'importance de ce clapet qu'on appelle le voile du palais sur toute la structure de l'homme. Et pourtant qui pourrait la contester? Et dans l'industrie les plus merveilleuses machines, comme la machine élévatoire de Ch. Mongolfier, ne reposent-elles pas parfois sur un simple jeu de clapet?

Il y a un troisième mode d'effort. Comme les deux premiers, il repose sur le maintien, la fixation du thorax, car on ne comprend pas des bras et des jambes faisant un acte d'extension puissant sans point d'appui, sans fixation du thorax. Mais ici le moyen de fixation du thorax n'est plus intérieur à ses parois, ne repose pas sur son développement et sa dilatation. La respiration buccale laisse libre l'entrée de l'air qui entre et sort avec rapidité. Le thorax se penche en avant, le diaphragme refoule les viscères abdominaux, et, les tassant, prend point d'appui sur leur masse. Je reviens à dessein sur ce troisième mode de l'effort, parce qu'ici le diaphragme perd de son action inspiratoire, ne fait plus pénétrer profondément le fluide vital dans les vésicules pulmonaires inférieures. La masse intestinale refoulée donne un point d'appui aux muscles de l'abdomen qui attirent en bas, et fixent en la déformant la cavité thoracique. D'où la position courbée en avant, la voussure des gens dont les narines sont obstruées; d'où les hernies par refoulement de l'intestin, car l'effort violent par obstruction de la glotte s'ajoute ici très souvent à l'effort continu par fixation abdominale du thorax.

L'exercice de la bicyclette que je regarde comme très favorable à l'étude du mode respiratoire met tout particulièrement au jour les inconvénients de ce troisième mode d'effort. Le cycliste qui n'a pas été bien dirigé au début est amené, comme on a dit, à remplacer la force par la vitesse, et, se penchant en avant, à respirer par la bouche et fixer son thorax par la masse abdominale refoulée. On sera donc peu étonné de voir le facies de certains cyclistes, qu'on nous représente comme des entraînés exceptionnels; trop souvent la bouche est ouverte, les plis de la face mal accentués, il y a voussure dorsale. Evidemment il y a là un inconvénient du vélocipède, qui ne tient pas au fait de se pencher en avant, mais à la respiration buccale, et qu'il est utile de signaler. Que parfois il survienne, à la suite de cet exercice, quelques douleurs du long péronier latéral, la chose est de peu d'importance; mais il est très important de conseiller aux hommes et surtout aux enfants de ne pratiquer que la respiration nasale (1).

La conséquence de ce travail dans lequel on est à dessein revenu plusieurs fois sur les points principaux, est que toujours il faut respirer par le nez, que la respiration buccale est une respiration de suppléance et qu'elle doit s'accompagner du repos.

Bien que la question qui nous occupe ne semble avoir fait l'objet d'aucun travail méthodique, ce serait un erreur de croire qu'elle a pu être absolument laissée de côté, tout particulièrement de nos jours, par les hommes chargés de former rapidement les jeunes soldats. Ici elle s'imposait, et nous prendrons plaisir à étudier la méthode suivie en ce moment et mise à l'épreuve lors des dernières manœuvres par le capitaine Raoul. Faut-il toutefois appeler méthode un système d'entraînement dont voici les bases.

Tout repose dans l'art de progresser avec mesure. « La poitrine une fois domptée, l'entraînement n'est plus qu'une question de temps et de méthode. » « Pendant la course on respire par le nez et par la bouche pour permettre à l'air de

(1) Ces jours derniers, le Dr Ragoneau signale, dans la *Revue* de Moure, des laryngites catarrhales dues à la respiration buccale en bicyclette; mais il a grand tort, suivant nous, de considérer ce mode respiratoire comme imposé.

pénétrer facilement dans les poumons. En voici la cause : l'excitation produite par la rapidité de l'allure fait battre le cœur plus vite et envoie dans les poumons une plus grande quantité de sang. Il faut donc en même temps augmenter le volume d'air absorbé. — De même les poumons ayant une tendance très marquée à localiser leur fonctionnement pendant la course dans leur partie supérieure, peu à peu les points se paralysent et plus l'excitation dure, plus la paralysie gagne du terrain. Pour éviter ce grave inconvénient, nous recommandons aux hommes d'inspirer longuement et avec force environ toutes les 30 secondes afin que l'air en pénétrant dans toutes les cellules y rétablisse le fonctionnement normal. »

Je le demande : que peut-on entendre par dompter la poitrine, si ce n'est violer les lois de la nature, passer par dessus l'essoufflement pour arriver directement à l'asystolie, c'est-à-dire enlever une étape préservatrice établie par la physiologie normale grâce à la respiration nasale. Hélas ! je crains bien que dompter la poitrine ne soit ici dompter le cœur, provoquer des lésions irréparables. Il me semble en effet que si le vélocipède permet mieux que tout exercice l'étude de l'essoufflement, les règles acquises par cette étude sont plus importantes encore à suivre dans la course, où l'assuétude ne vient pas autant diminuer la rudesse de la tâche. — Ne parlons de la respiration par le nez et la bouche que pour signaler le conseil comme venant d'un homme qui, par profession, doit être compétent en la chose. Je répète, c'est impossible. — Que les poumons fonctionnent moins dans leur région inférieure pendant la marche, je ne sais ce qui l'a démontré, mais je le conçois si la respiration est buccale, le diaphragme refoulant l'intestin et ayant ainsi une course moindre. Le remède est donc la respiration nasale. Quant au conseil de respirer profondément toutes les 30 secondes, qu'on me permette de dire qu'il est mauvais comme tout conseil de prendre un soin continu d'un acte dont le caractère doit être, les organes étant convenablement disposés, de se faire avec une correction inconsciente et automatique. Penser comment on respire, c'est tout simplement aussi impos-

sible, à moins d'être physiologiste ou hypochondriaque, que de respirer à la fois par le nez et la bouche.

Ce travail terminé, qu'il nous soit permis d'émettre un vœu. Nous ne prétendons point avoir établi définitivement les règles du mode réspiratoire dans l'exercice; mais notre désir est d'avoir fait accepter d'une part que ces règles doivent être fondées sur la science rhinologique, sur une étude sérieuse de l'état normal, d'autre part que la question est vraiment trop négligée à une époque où l'on parle tant d'exercices pour former la jeunesse, et où les hommes qui ont mission d'entraîner les jeunes soldats s'exposent, faute de connaissances approfondies, à provoquer des lésions irréparables. Il serait en effet bien irrationnel et imprudent d'établir la valeur d'une méthode d'entraînement sur les brillantes étapes kilométriques obtenues en un temps très court. Tout homme énergique et convaincu de sa méthode, ayant de la vigueur et de l'entrain, pourra nous donner ce mirage d'une jeune troupe parfaitement entraînée en peu de temps. Ces résultats ne prouveront rien en ce qui concerne la perfection de la méthode. Car celle-ci doit donner non des résultats rapides, mais des résultats durables et avec le moins d'altération possible des organes. Nous n'avons aucunement le droit de faire avec les hommes des expériences dont le moindre inconvénient est de n'aboutir à aucune démonstration, pas plus qu'une expérience faite avec des appareils de physique, mais non rationnellement conduite, ne saurait le faire.

En résumé, on voit par ce qui vient d'être dit, que, en physiologie comme en toute mécanique, la vitesse demande une disposition inverse des appareils à celle qu'exige l'effort. La course rapide de quelques minutes, la bouche ouverte; la course prolongée devra se faire la bouche fermée. La vie ordinaire demande la respiration nasale. La formule sera, pour obtenir de la vitesse : aspiration rapide et profonde, expiration très rapide; pour obtenir de la résistance : aspiration profonde, expiration prolongée. Cette dernière obtiendra son maximum de durée et développera les organes au lieu de les léser, si elle se fait la bouche fermée.

Il y aurait à ce propos des mesures très intéressantes à faire sur la durée relative de l'inspiration et de l'expiration, pendant le repos et l'exercice, mesures que j'entreprendrai au cas où les résultats de ces observations seraient contestés.

On n'a point eu la prétention de fournir une formule nouvelle, mais de donner un essai de théorie de la respiration nasale. Une explication acceptée de ce mode respiratoire nous préserverait de tentatives fâcheuses, telle que celles que j'ai tout à l'heure indiquées. Jusqu'à ce que notre façon de voir ou une autre meilleure soit acceptée, il ne faudra pas s'étonner d'essais d'entraînement faits sur des bases inacceptables, dangereuses pour le jeune militaire, calculées sur le nombre de kilomètres parcourus, plutôt que sur le développement individuel; et il serait puéril de reprocher à des militaires quelques erreurs physiologiques, quelles que graves que soient les conséquences de leurs erreurs, lorsque nous voyons aujourd'hui encore publier des travaux tels que celui du Dr Eborough Scatliff (valeur de la langue au point de vue de la respiration) et une réponse du Dr Smith, dans lesquels est prônée ou rejetée la respiration naso-buccale comme type de respiration continue! C'est ainsi que malgré les travaux français, on voit des médecins spécialistes s'arrêter encore à discuter comme emploi continu un mode respiratoire d'une réalisation impossible même une seule minute.

L'importance de la prise d'air respiratoire est plus grande encore dans la vie ordinaire qu'au point de vue de l'hygiène de l'exercice, particulièrement pour l'enfant, en ce qui concerne l'intégrité des premières voies respiratoires. L'enfant, qui, pendant l'étude, pendant le repos, respire par la bouche, est physiologiquement dans un état anormal. Il respire par la bouche, parce que le nez est obstrué, et la respiration buccale favorise cette obstruction, en ce que le nez, ne fonctionnant plus, s'atrophie; le cloaque rhino-pharyngien n'étant plus balayé par le courant respiratoire, atteint son maximum d'infectiosité; souvent les amygdales déjà gonflées acquièrent un certain degré d'inflammation chronique, traduisez d'infection continue.

Ces enfants, non seulement se développeront moins bien que les autres, pour les causes que j'ai dites, mais leur intelligence sera moins alerte, leur audition souvent moins fine; ils seront bien plus exposés à la diphtérie, qui, chez eux, trouve une surface de réception et de culture toute préparée. Aussi le gouvernement allemand prescrit-il aux instituteurs d'envoyer au médecin l'enfant qui tient habituellement la bouche ouverte. Allez donc en France demander pareille chose à un instituteur qui reçoit officiellement le conseil de faire pratiquer à l'enfant l'inspiration nasale et l'aspiration buccale, conseil dont, pour cause, il ne tient aucun compte.

Mais l'exercice n'en sera pas moins la pierre de touche de l'intégrité de la fonction respiratoire des premières voies. Car pour que la respiration nasale demeure possible, alors que la fonction se trouve ainsi suractivée, il faut qu'elle soit facile pendant le repos. A cette observation on peut joindre celle indiquée par M. Goguillot, à propos des sourds-muets, méthode spirométrique simple et pratique. Pendant la période préparatoire à l'étude de l'articulation on fait par l'enfant éteindre une bougie à bout de bras (45 à 60 centimètres). On pourra mesurer de la sorte combien un mode respiratoire défectueux altère la puissance de souffle.

Il faut penser que ces considérations sont opportunes à une époque où l'on s'occupe tant de l'infection, de la contagion, de l'introduction des virus dans l'organisme. Sachons bien que la meilleure de toutes les méthodes, à ce point de vue comme à bien d'autres, consiste à placer notre organisme dans les conditions que nous enseigne l'observation des fonctions normalement accomplies, car souvent la nature trouve dans le fonctionnement lui-même le remède aux dangers que ce dernier provoque. Si, en présence de la brillante bactériologie moderne, on est tenté de trouver le conseil suranné, on l'estimera au contraire bien nouveau et utile, quand on observera que la pratique n'est pas entrée encore dans les habitudes.

Reports bibliographiques. — Je tiens à rappeler ici que mon but principal a été de combattre d'avance les tentatives irrationnelles d'entraînement militaire auxquelles nous expo-

sent tous le service obligatoire. Ces tentatives montrent bien qu'une théorie acceptée est nécessaire pour faire adopter un mode respiratoire approprié aux exercices gymnastiques.

Le développement donné à l'étude de la respiration nasale trouvera son excuse dans l'exposé du complet désordre de la littérature militaire et médicale à ce point de vue.

Le *Manuel officiel* de l'école du soldat, de 1889, donne ce sage conseil : « L'instructeur recommande aux soldats de ne respirer autant que possible que par le nez, en conservant la bouche fermée; l'expérience a prouvé qu'en se conformant à ce principe, un homme peut fournir une course plus longue avec moins de fatigue (1). » Que ces sages conseils ne sont-ils suivis! On pourrait croire que l'on en trouverait le développement dans le manuel officiel de gymnastique. Nous avons dit qu'il n'en est rien. Nous devions au moins trouver l'exposé de la question dans l'hygiène de l'école de gymnastique militaire. Ici je ne vois pas même nommer l'organe nasal. En revanche, on insiste sur les diverses insertions du grand dentelé, etc. Pourquoi faire? L'hygiène de la gymnastique n'a-t-elle pas un rapport plus direct avec la respiration et le mode respiratoire, qu'avec toute autre partie de l'organisme.

C'est bien l'avis de deux auteurs des plus compétents en la matière; de M. le Dr Lagrange (*Hygiène de la gymnastique*) et de M. Tessié (*Hygiène des vélocipédistes*). Je devais citer ici ces deux ouvrages. Qu'il me soit permis à ce propos d'insister sur un point particulier ayant trait à l'exercice qui m'a servi à l'étude de l'acte respiratoire. M. Lagrange estime que la vélocipédie impose à la colonne vertébrale une attitude voûtée. C'est là une assertion qu'avec M. Tessié je n'accepte qu'au cas où la respiration est mal conduite et se fait par la bouche : la raison de cette restriction a été développée plus haut, et repose sur le rôle du voile du palais dans l'effort. (*Annales* de Gouguenheim. Octobre 1891.)

(1) De même le capitaine C. Vergnes, dans son *Manuel de gymnastique*, conseille la respiration uniquement nasale.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et de la gorge, par le prof. L. Schrötter (de Vienne). Fascicules IV et V (23e-34e leçons) (W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1889 et 1891.)

23e Leçon. — *Des lésions traumatiques du larynx.* — L'auteur attire l'attention sur ce fait que des lésions insignifiantes des parties molles accompagnent parfois des traumatismes graves du larynx : tuméfaction, extravasation sanguine, etc.

Certains liquides corrosifs donnent une laryngite qui ne peut être macroscopiquement distinguée de la laryngite diphtérique, et que l'auteur a vue traitée comme telle (soude caustique). Quelques lignes sont consacrées aux plaies faites dans le cours d'opérations. Ainsi par exemple, une longue plaie de l'épiglotte, bien cicatrisée d'ailleurs (figure n° 37).

24e et 25e Leçons. — *Corps étrangers du larynx et de la trachée et anesthésie locale.* — Ce chapitre, essentiellement clinique, est fort riche en observations personnelles des plus curieuses et des plus instructives. Il montre l'importance capitale de l'examen laryngoscopique, autant au point de vue du diagnostic dans les cas douteux, qu'à celui de l'intervention. Cette dernière se fera par la voie buccale, grâce à la cocaïnisation du larynx. Dans un cas, l'anesthésie générale par le chloroforme, a été employée chez un enfant de 5 ans, pour permettre l'extraction d'un fragment de coque d'œuf fiché dans le larynx.

26e Leçon. — *Des cicatrices.* — Il faut en distinguer deux groupes, les unes ne causent pas de rétrécissements, et l'on voit dans ces cas des pertes de substances et des déformations souvent sans troubles fonctionnels, qu'il s'agisse de l'épiglotte ou des cordes vocales mêmes. Les cicatrices avec sténose forment l'autre groupe ; les plus curieuses, parmi celles-ci, sont les cicatrices membraneuses. Tous les intermédiaires existent entre un simple arrondissement de l'angle antérieur des cordes vocales, et leur réunion par une membrane tranversale ; cet état peut être congénital, héréditaire, le plus souvent il est acquis ; dans ce dernier cas, le siège de prédilection se trouve dans l'espace sous-glottique. Au point de vue du diagnostic, l'auteur cite un cas où la confusion était facile entre une sténose laryngée et œsophagienne, cette dernière ressemblait absolument à la glotte.

27e et 28e Leçons. — *Du traitement de la sténose laryngée.* — Dans un très grand nombre de cas, la guérison ou amélioration suffisante est obtenue par la méthode de l'auteur — dilatation graduelle à l'aide de sondes en caoutchouc vulcanisé — le traitement doit être continué longtemps après la guérison apparente. Plusieurs figures montrent des larynx avant et après le traitement. Quand il y a sténose chez un trachéotomisé qui ne peut se passer de canule, c'est le plus souvent au voisinage de la fistule que le rétrécissement est à son maximum, aussi est-il logique de faire dans ces cas comme dans les autres, la dilatation de haut en bas à l'aide d'instruments plus ou moins compliqués qui ont tous pour but de fixer une bougie ou un tube perméable à la fenêtre de la canule. Quel que soit l'instrument, c'est toujours à la dilatation lente qu'il faut avoir recours ; la divulsion est douloureuse et n'influence pas la résorption des exsudats. Les divers procédés sont exposés et figurés. Après bien des essais, l'auteur en est revenu à son premier instrument, bougie courte à boule inférieure, fixée à l'aide d'une pince par la canule. Le fil passé par la bougie ne gêne guère les malades, et la bougie reste facilement en place 24 heures. Parmi les observations notons la suivante : chez un trachéotomisé il fut impossible de trouver la moindre lumière entre la plaie trachéale et le vestibule du larynx, un petit bistouri construit exprès fut poussé à travers les masses qui obstruaient le larynx exactement sur la ligne médiane et jusqu'à l'orifice trachéal, puis ramené en tirant un simple fil à sa suite. Graduellement, ce fil fut remplacé par du fil plus gros, des bougies, des sondes, et le malade respira enfin librement. La sténose membraneuse ou par brides, est traitée par l'incision unique ou les incisions rayonnantes avec dilatation.

29e et 30e Leçons. — *Des tumeurs bénignes.* — L'auteur partage l'opinion d'Eppinger sur les polypes, il n'y a pas de polypes myxomateux dans le larynx, assimilables à ceux du nez par exemple ; les tumeurs considérées comme polypes myxomateux sont des fibromes œdématiés. L'auteur a constaté plusieurs fois la régression spontanée de papillomes, autant chez des sujets jeunes que chez des gens âgés. Nous lisons aussi l'observation d'une tumeur fort rare, un lipome du larynx, que l'auteur a coupé au galvanocautère, il pesait 10 grammes, et avait près de 4 centimètres de long. Les kystes ont été souvent vus après avoir été décrits par l'auteur pour la première fois.

L'auteur a enfin observé un cas de tumeur thyroïdienne, le

sixième cas observé jusqu'à présent. La tumeur du volume d'un haricot occupait la paroi latérale droite du larynx et était en dégénération colloïde. A propos de la symptomatologie, l'auteur met bien en lumière la tolérance du larynx pour les tumeurs bénignes dans un grand nombre de cas, à tel point qu'on voit souvent des malades demander l'intervention chirurgicale, non pour soulager leur souffrance, mais pour mettre fin aux questions et à la sollicitude agaçante de leur entourage.

31° et 32° Leçons. — *Traitement des tumeurs bénignes.* — Description des divers instruments tranchants, des pinces, des écraseurs, etc. La méthode de Voltolini (écouvillonnage), est rejetée d'une façon absolue; viennent ensuite les caustiques, électrolyse, la galvanocaustique. Quelle que soit la méthode employée, l'auteur a toujours soin d'exercer ses malades pendant plusieurs jours, pour éviter les mouvements brusques pendant l'opération.

Nombreuses figures laryngoscopiques.

33° Leçon. — *Tumeurs malignes.* — L'auteur a eu l'occasion de voir un carcinome primitif du larynx chez une fillette de 3 ans 1/2, chez une autre de 10 ans, et un nombre considérable de fois chez des gens de 30 à 35 ans. Le siège de prédilection se trouve à la partie antérieure de la corde vocale. L'auteur a maintes fois vérifié ce fait que l'adénopathie et les métastases viscérales sont relativement très rares dans le cancer du larynx; d'autre part la marche du mal est lente; 3 ans est la durée moyenne, et on ne trouve parfois aucun changement durant des mois. Le diagnostic présente des difficultés bien plus grandes qu'on ne veut bien l'avouer en général, et il ne faut pas hésiter à extraire des parcelles de tissu prises assez profondément pour en faire un examen histologique. Cette intervention est absolument inoffensive. D'ailleurs, si la petite plaie, au lieu de se fermer devient ulcéreuse, le diagnostic sera fait par cela même. Quant à l'intervention, l'auteur rejette énergiquement toutes les opérations par voie buccale, elles ne peuvent être suffisamment complètes; restent la thyrotomie et l'extirpation partielle ou totale du larynx et la première de ces opérations ne sera souvent qu'exploratrice et précédera l'extirpation. L'observation suivante présente un intérêt tout particulier : femme de 28 ans, atteinte d'un sarcome de la corde vocale supérieure droite, fort volumineux, opérée par Billroth. Le cartilage thyroïde fut incisé transversalement (comme chez les suicidés) au-dessus de son tiers supérieur, de sorte que l'incision se trouva au ni-

veau des sinus de Morgagni, et que la corde vocale inférieure fut épargnée. La tumeur fut complètement énucléée, le cartilage suturé au catgut, et le résultat phonétique définitif excellent.

34e Leçon. — *Diagnostic différentiel des ulcérations et cicatrices.* — Les ulcérations dites catarrhales sont inadmissibles. Dans tous les cas ainsi intitulés il y a deux causes infectieuses plus ou moins évidentes, comme la pneumonie, la grippe, etc. Quant au diagnostic des ulcérations syphilitiques, tuberculeuses, lupiques, etc., l'auteur insiste beaucoup sur les différents signes distinctifs, mais dans les cas réellement difficiles, c'est l'examen des autres organes qu'il faut savoir faire. M. W.

Les troubles moteurs du larynx d'origine névropathique, par Antonino d'Aguanno (*Palerme. G. et S. Zapulla.* 1 broch. in-8° de 94 pages. 1892.)

La laryngologie commence à peine à être connue en Sicile, nous dit l'auteur ; ce petit livre n'a d'autre but que d'y aider à sa vulgarisation. Il y réussira, car avec une grande clarté, il expose l'infinie variété des laryngopathies d'origine nerveuse. Après une brève introduction qui résume l'anatomie et la physiologie neuro-musculaire de l'organe vocal, il aborde l'étiologie à laquelle il fait la plus grande part; procédant du connu à l'inconnu, il trace dans cette étude quatre divisions, paralysies périphériques, bulbaires, cérébrales et toxiques; peut-être aurait-il mieux valu fondre ce dernier groupe dans les précédents, puisque, en somme, les poisons n'agissent qu'en déterminant des lésions d'un des trois départements nerveux. Certains points, ceux en litige, sont particulièrement étudiés : le chapitre qui traite de la paralysie des dilatateurs, celui qui étudie les localisations des centres moteurs du larynx, sont à lire. La symptomatologie est plus écourtée ; l'auteur admet trois formes de troubles moteurs laryngés : 1° les *hyperkinésies* (spasmes de la glotte chez l'enfant, de l'adulte, etc.); 2° les *hypokinésies* (paralysies des dilatateurs, des adducteurs, des tensenrs, hémiplégie laryngienne, etc.) ; 3° les *ataxies* (dont avec Gottstein il admet deux modes principaux : crampe fonctionnelle phonatoire, crampe inspiratoire). Une courte revue de thérapeutique termine l'ouvrage. M. L.

L'empyème du sinus maxillaire, par C. Bloch, d'après 26 cas observés à la clinique de P. Michelson. (*Innaug-Dissert, Koenigsberg*, 1890.)

Comme cause rare de l'empyème du sinus maxillaire, Bloch

cite les néoplasmes, la section du nerf infra-orbitaire. La carie dentaire et les polypes du nez ont été tantôt regardés comme cause tantôt comme effet de la suppuration de l'antre d'Highmore. La carie dentaire inaugure d'ordinaire la série morbide; les polypes, au contraire, sont le plus souvent secondaires. La guérison spontanée est exceptionnelle. Parmi les symptômes importants : obstruction, hypersécrétion nasale, céphalées, cacosmie subjective et objective. Parmi les complications : eczéma des narines, polypes muqueux, nécrose du frontal, abcès de l'orbite, métastases pyémiques.

Le diagnostic, en dehors des données fournies par la rhinoscopie postérieure, et par la fétidité de l'écoulement du pus dans les différentes positions de la tête, sera complété par la ponction exploratrice et par la *percussion* d'après la méthode de Link.

P. TISSIER.

Coupes faites après congélation servant à l'étude de l'anatomie des fosses nasales, par le prof. Dr B. FRAENKEL. (*Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhoehle*, 2e partie, *Berlin* 1891, chez Hirschwald, éditeur.)

La première partie de cet ouvrage, qui contient 6 planches des coupes horizontales du crâne, a été analysée à la page 115 de ce recueil ; dans la seconde partie (9 planches) on trouve des *coupes transversales* et antéro-postérieures.

Pour les coupes *horizontales*, le crâne a été scié en quatre tranches, et les 6 planches reproduisent la surface inférieure de la première, les surfaces supérieures et inférieures des deuxième et troisième et la surface supérieure de la quatrième tranche. La première coupe qui sépare la première tranche de la deuxième est faite au niveau de la racine du nez, la deuxième coupe est faite à 12 ou 13 millimètres plus bas, et la troisième coupe est séparée de la deuxième par une épaisseur de 10 à 11 millimètres.

Les coupes *transversales* ont été obtenues en sciant le crâne en cinq tranches. Les gravures nos 7 à 15 représentent les surfaces antérieures et postérieures de ces tranches. Les gravures nos 16 et 17 représentent la moitié droite et la moitié gauche d'un crâne divisé dans son diamètre antéro-postérieur, un peu à gauche du plan médian.

Sur la moitié droite on voit par conséquent la cloison intacte, tandis que sur la moitié se montrent les cornets et la paroi externe de la cavité nasale. Pour donner sur ces deux moitiés une idée claire et nette de la cavité naso-pharyngienne, l'auteur

a choisi un crâne sur lequel le voile du palais se trouve moins relevé qu'on ne l'observe habituellement sur les autres crânes congelés.

Les photogravures sur cuivre donnent une idée très nette de la topographie des fosses nasales, et l'atlas de l'auteur peut être vivement recommandé à tous ceux qui s'occupent de notre branche, surtout s'ils n'ont pas à leur disposition de nombreuses préparations et coupes anatomiques. LICHTWITZ.

Annual of the universal medical Sciences, par CH.-E. SAJOUS, année 1891, 5 volumes, chez F. A. Davis. — Prix : 20 dollars. (*Philadelphie*, *New-York*, *Chicago*, *Londres*.)

Notre savant confrère le Dr Ch.-E. Sajous publie, depuis quelques années, cette encyclopédie, avec le concours d'un grand nombre de médecins américains et étrangers. C'est dans le volume IV que se trouvent les différentes matières de notre spécialité; l'otologie est traitée par C. S. TURNBULL et A. AMES BLISS, la rhinologie, par CH. E. SAJOUS et C. SUMNER WITHERSTINE, la laryngologie et les maladies de l'œsophage, par J. SOLIS-COHEN ; les maladies du pharynx, par BRYSON DELAVAN ; celles du corps thyroïde, par FR. H. HOOPER; enfin l'intubation du larynx, par E. FLETCHER INGALS. Citer de pareils noms suffit pour montrer la valeur de cette œuvre, que tout travailleur pourra et devra consulter avec le plus grand profit. On comprendra aisément qu'il est difficile d'analyser une encyclopédie aussi vaste, et nous ne pouvons que féliciter l'auteur et l'éditeur de continuer avec tant de succès une œuvre si indispensable. A. G.

Etude sur l'exalgine d'après les observations prises à l'hopita Lariboisière, par le Dr E. DÉSIRÉ. (*Société d'études scientifiques,* 8, rue du Centre, *Neuilly-Paris.*)

De cette étude faite dans notre service, nous extrayons l'analyse d'une partie qui intéressera les lecteurs de ce recueil : nous voulons parler de l'emploi de ce médicament pour combattre la vive douleur et la dysphagie dont souffrent les malades atteints d'aryténoïdite tuberculeuse. L'auteur cite un certain nombre de ces cas si douloureux, où la dysphagie a été calmée très rapidement, en quelques jours, par l'emploi d'une dose minima de 0,25 centigrammes prise en une seule fois, ou de 0,50 centigrammes prise en deux fois. La dysphagie de cause cancéreuse a pu être calmée par l'emploi de ce médicament, mais moins complètement. A. G.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE
(Sienne, 16-20 août 1891.)

(Résumé d'après le compte rendu du *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc.)

Séance du 17 août.

Président : M. Grazzi. — Vice-Président : M. Egidi, Secrétaire : M. Masucci.

Chirurgie du nez, par M. Nicolaï (de Milan). — La thérapeutique des maladies du larynx ne pourra donner de résultats avantageux que si l'on y joint celle des cavités naso-pharyngiennes. Les lavages, unis aux agents astringents ou caustiques, donnent peu de succès : l'électrolyse a une action trop lente et produit des douleurs qui ne compensent pas ses avantages ; la galvanocaustique produit de la fièvre, des névralgies. A tous ces procédés, il faut préférer l'instrument tranchant ; l'opération sera précédée d'une sérieuse antisepsie et suivie d'une réfrigération permanente destinée à modérer la réaction inflammatoire.

Coexistence de la syphilis et de la tuberculose laryngée, par M. Fasano. — L'auteur, d'accord en cela avec Schnitzler, croit l'examen laryngoscopique suffisant pour faire la différenciation de ces deux processus.

Ses études l'ont mené aux conclusions suivantes :

1° La coexistence de la syphilis avec la tuberculose du larynx est un fait qui doit attirer spécialement l'attention des laryngologistes.

2° La transformation des lésions syphilitiques en lésions tuberculeuses a été observée trois fois : Schnitzler et Massei sont divisés sur ce point.

3° Il y a des cas où la tuberculose se développe sur un fond syphilitique : à une infection s'en ajoute une autre.

4° En tous cas, il faut instituer un traitement général antisyphilitique très actif pour combattre l'infection la plus accessible à un moyen thérapeutique ; et en même temps pratiquer le traitement local des lésions tuberculeuses du larynx.

5° Et après avoir combattu la syphilis, le médecin concentrera toute son attention sur la tuberculose.

Discussion :

M. MASSEI a observé des faits d'hybridité semblables bien avant la découverte de Koch. Mais, contrairement à Schnitzler, il croit le laryngoscope souvent impuissant à faire un diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose laryngée ; le traitement spécifique donnera la solution du problème.

M. COZZOLINO voit dans ces cas des faits d'hybridité pathologique et non pas de pure coexistence, comme le dit M. Fasano.

Tubage du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par M. EGIDI. — Le tubage doit être tenté préalablement à la trachéotomie, toutes les fois qu'il y a une sténose du larynx, de quelque nature qu'elle soit. Par ce moyen, sur six cas personnels, il a obtenu trois succès.

Discussion :

M. MASSEI dit avoir obtenu d'excellents résultats du tubage dans 15 cas de sténoses variées du larynx. Le tube n'est pas seulement un palliatif : c'est également un agent de guérison. A MM. Nicolaï et Poli, qui demandent qu'avant de trachéotomiser un enfant, on fasse son examen laryngoscopique, il répond que cela est peu pratique, étant donné les immenses difficultés que rencontrerait une telle manœuvre dans le jeune âge ; comme guide, il suffit de se servir de l'index gauche qui soulève bien l'épiglotte et dirige le tube.

Le traitement de Liebreich. — M. MASUCCI a expérimenté cette méthode (injections de cantharidate de potasse) dans deux cas ; les résultats furent nuls ; il survint des accidents rénaux ; peut-être y eut-il cependant une légère diminution de l'infiltration dans les parties tuberculeuses.

Discussion :

M. MASINI a expérimenté la méthode de Liebreich et a vu survenir dans tous les cas des néphrites : cependant, il a parfois observé une légère amélioration des lésions laryngées.

M. FICANO refuse toute influence curatrice à la cantharidine, comme du reste à la lymphe de Koch : les légères améliorations observées au début de son emploi résultent d'une sorte d'action suggestive sur le moral des malades.

Séance du 18 août (matin).

Soixante tubages du larynx dans le cas de croup, par M. EGIDI.

— Sa statistique personnelle donne 19 0/0 de guérisons ; et 25 0/0 si on la joint à celle de Massei.

Il a modifié un peu le tube en le rendant plus court et percé d'une lumière plus large : il se sert d'un mandrin introducteur tubulaire : le sifflement de l'air qui le traverse avertit qu'on pénètre dans le larynx.

Discussion :

M. Concetti. — Bien que sur quatre cas de croup primitif il n'ait trouvé que trois fois le bacille de Klebs-Löffler, cependant, malgré ce résultat négatif, il se croit autorisé à conclure à l'identité de nature du croup et de la diphtérie.

Certes, d'autres agents pathogènes (diplocoques, staphylocoques, etc.) peuvent engendrer une laryngite aiguë pseudomembraneuse.

Cependant, ce sont là des faits d'exception, comparativement à la fréquence de la diphtérie laryngée.

M. Corradi croit qu'il y a lieu de préférer la trachéotomie au tubage. La première donne au moins 30 0/0 de guérisons, tandis que le tubage, d'après les statistiques d'Egidi et de Massei, ne fournit qu'une proportion de 27 0/0. D'ailleurs, la trachéotomie, opération sanglante, est généralement pratiquée tard, à une période plus défavorable que celle où on fait le tubage ; d'où résulterait encore un plus grand avantage à son actif, si elle était, elle aussi, pratiquée de bonne heure.

M. Massei espère que, quand le tubage se répandra parmi les médecins, il donnera des résultats encore meilleurs ; du reste, il faut toujours, quand on pratique le tubage, avoir sous la main une boîte à trachéotomie pour parer aux accidents possibles.

M. Dionisio, employant le tubage seul dans le croup, a eu 31,5 0/0 de guérisons.

Séance du 18 août (après-midi).

Un cas d'aphonie hystérique, par M. Damieno. — Il rapporte un cas de paralysie d'une corde vocale avec contracture de la corde vocale du côté opposé ; deux séances de massage suffirent à amener une guérison complète.

Discussion :

M. Massei estime que la recherche des zones hystérogènes sur la muqueuse pharyngo-laryngée est très importante pour permettre le diagnostic d'une laryngoplégie hystérique.

M. Ficano a guéri un cas d'aphonie hystérique par la suggestion à l'état de veille. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, devenue subitement aphone et chez qui, cependant, la sensibilité et la motilité du voile du palais et du larynx étaient absolument normales.

Après plusieurs améliorations et rechutes, Ficano lui déclara qu'il allait, par une médication des plus énergiques, lui rendre pour toujours la parole; il lui fit un badigeonnage intra-laryngé avec une solution d'huile très légèrement mentholée; la voix reparut immédiatement.

M. Massei dit que les manières de traiter l'aphonie hystérique doivent beaucoup varier suivant la forme des troubles glottiques que révèle le laryngoscope. L'hypnotisme n'est pas toujours applicable. Parfois la simple application du miroir suffit à faire revenir la voix; d'autres fois, celle-ci ne reparaît que peu à peu, sous l'influence de l'électrisation directe.

Photographies instantanées des cavités pharyngo-laryngées. — M. Nicolaï présente une série d'épreuves prises sur le vivant.

Signification diagnostique des troubles de perception des sons aigus et graves dans les maladies de l'oreille, par M. Corradi. — Dans les maladies profondes et anciennes de l'oreille moyenne ou interne, seule la perception des sons aigus est altérée. Dans aucun cas, la perceptibilité des sons graves n'est diminuée; parfois même elle est légèrement exaltée.

Il présente ensuite deux instruments nouveaux : l'un pour la galvanocaustique de la partie postérieure du cornet inférieur; l'autre pour l'extirpation du tympan.

Séance du 19 août.

Diphtérie chronique du nez. — M. Luigi Concetti cite l'observation d'un enfant qui, depuis deux mois, était atteint d'une rhinite avec sécrétion sanieuse et formation de pellicules blanches, sans fièvre cependant, ni altération de l'état général. L'examen bactériologique montra dans ces fausses membranes le bacille de Löffler en grande abondance. Il y a deux mois que l'affection persiste et les fausses membranes se reforment encore. Il s'agit ici d'un de ces cas rares de diphtérie chronique signalée par M. Cadet de Gassicourt; mais l'auteur ne saurait admettre avec le médecin français que cette forme de diphtérie n'est aucunement dangereuse ni pour celui qui le porte ni pour son entourage; cette idée est en contradiction avec les enseignements

de la science. Il faut, au contraire, le traiter énergiquement comme s'il s'agissait d'un cas de diphtérie franche.

Opérations intra-tympaniques. — M. Poli fait l'histoire de la mobilisation de l'étrier, des méthodes proposées pour l'exécuter, et énumère les indications qui la justifient. C'est une opération inoffensive, qu'il faut pratiquer dans tous les cas de bourdonnements ou de surdité rebelle aux autres moyens thérapeutiques.

Discussion :

M. Toti demande s'il persiste, à la suite de l'opération, une perforation du tympan qui serait suffisante à elle seule pour améliorer l'audition.

M. Poli répond négativement, insistant sur la facilité avec laquelle se cicatrisent les plaies tympaniques.

M. Ficano considère cette opération comme inutile, ses résultats étant nuls.

M. Masini admet que la principale indication de cette opération est la surdité paradoxale.

Technique chirurgicale et instruments pour les sinus du nez. — M. Cozzolino insiste sur les grands progrès faits depuis dix ans dans cette partie de la rhinologie. Il rappelle à la Société qu'il est le premier médecin italien, en date, qui se soit occupé de cette opération; qu'il a contribué à perfectionner les instruments dont on se sert et qu'il a eu le mérite de réunir dans une boîte tous les instruments nécessaires pour la chirurgie des sinus du nez.

Extirpation partielle du larynx pour un carcinome. — M. Toti a, pour la première fois, pratiqué cette opération à Florence. Il est de la plus haute importance d'assurer dès le début un diagnostic précis en faisant l'examen histologique d'un petit fragment de la tumeur enlevé par les voies naturelles.

Pour ce qui a trait à l'opération, il y a avantage à drainer la plaie à l'aide de tubes de verre dans sa partie inférieure et s'ouvrant à la peau par une contre-ouverture pratiquée autant que possible sur les parties latérales du cou; ce procédé permet de maintenir la cavité opératoire bourrée de gaze iodoformée pendant plusieurs jours, ce qui laisse la plaie suturée se réunir par première intention, et sans fièvre.

Discussion :

M. Corradi s'élève contre cette opération. L'évolution fort

lente des tumeurs malignes du larynx ne justifie pas une intervention aussi grave, et qui n'empêche aucunement les récidives, tout en exposant l'opéré à des douleurs violentes et à des accidents de haute gravité.

Ulcérations pharyngées de Heryng. — M. Masucci en a observé trois cas. Il termine sa communication par les conclusions suivantes : « Les ulcérations bénignes de Heryng ont un caractère typique *sui generis*, permettant de les distinguer aisément des autres processus pathologiques qui se produisent au même endroit. D'ordinaire, la lésion est unilatérale et reste isolée. L'ulcération est oblongue et affecte comme siège de prédilection la voûte du palais et les piliers. Elle est accompagnée de fièvre sans altération appréciable des amygdales. L'ulcération est couverte par une fausse membrane blanc grisâtre qui, en dix ou douze jours, guérit sans laisser de cicatrices. Les recherches bactériologiques faites jusqu'à ce jour nous font croire que les agents pathogènes en sont le streptococcus monomorphus, et le streptococcus variegatus, d'après les constatations de Heryng, Bujwid et Masucci. »

Contribution annuelle (1890-91) *à la pathologie et à la chirurgie de l'apophyse mastoïde*, etc. — Au nom de M. R. Cimmino absent, M. Cozzolino fait la lecture de ce travail ; il a trait aux cas observés à la consultation de l'hôpital clinique de Naples dont Cozzolino est le directeur. Dix cas de mastoïdites, un cas de cholestéatome des cellules mastoïdiennes, deux cas de sclérose de ces cellules dont les observations sont résumées dans un tableau statistique. M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Affection du nerf auditif dans la néphrite, par G. Gradenigo. (*Il Sordomuto*, octobre 1890.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, à la suite d'une attaque d'influenza, fut atteinte d'albuminurie chronique. Elle présentait des troubles visuels dus à une double névro-rénite. En même temps, bourdonnements d'oreilles, demi-surdité, accidents vertigineux. L'examen électrique, par le procédé de l'auteur, montra que ces troubles relevaient d'une lésion de l'oreille interne. Gradenigo en tire cette conclusion que, chez les brightiques, les

nerfs auditifs peuvent présenter des altérations périphériques analogues à celles qui ont depuis longtemps été constatées sur les nerfs optiques. M. L.

Observations bactériologiques sur les furoncles du conduit auditif externe, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, juillet-août 1891, nos 7 et 8, p. 713.)

A. Au point de vue clinique, les auteurs ont constaté la coïncidence fréquente des furoncles du conduit auditif externe avec la furonculose généralisée.

Cette forme d'otite externe se montre surtout chez les personnes qui, soit pour calmer un prurit, soit pour extraire du cérumen, ont la fâcheuse habitude d'introduire des corps durs dans l'oreille. Cependant — contrairement à ce que l'on serait en droit de supposer *à priori* — la furonculose auriculaire n'est pas plus fréquente à droite qu'à gauche.

Cette circonstance étiologique confirme l'hypothèse de Schimmelbusch qui réclame pour la production du furoncle, la pénétration des microbes dans les follicules pileux à l'aide d'une friction ou d'une pression énergiques.

B. Les études bactériologiques des cas observés ont fourni les résultats suivants : dans le plus grand nombre de faits, Maggiora et Gradenigo ont trouvé le *staphylococcus pyogenes aureus ;* puis, par ordre de fréquence décroissante, l'*albus*, le *citreus*.

Dans un cas, ils ont rencontré, associé à l'*albus*, de nombreuses colonies du *bacillus pyocyaneus*, qu'ils ont reconnu identique à celui décrit par Gessard sous le nom de *variété A*.

Ces recherches ne sont pas d'accord avec celles de Löwenberg qui, dans les cas semblables, assigne le premier rang comme fréquence au *staphylococcus pyogenes aureus;* en revanche, elles confirment les résultats de Klein et ceux de Schimmelbusch.

La présence du *bacillus pyocyaneus* dans le furoncle de l'oreille n'a encore été signalée par aucun auteur. M. L.

Observations bactériologiques sur les otites moyennes purulentes, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juillet-août 1891, nos 7 et 8, p. 490.)

Les auteurs divisent les cas qu'ils ont étudiés en trois catégories :

1° Cas où le pus fut recueilli immédiatement après la paracentèse du tympan.

2° Cas où le pus fut recueilli de 20 à 30 jours après la production d'une perforation spontanée.

3° Cas où le pus fut recueilli sur des otites absolument chroniques et durant depuis des années.

Dans la première catégorie des faits, le diplocoque de Fraenkel se montre en culture presque pure dans plus de la moitié des cas (28 fois sur 51).

Viennent ensuite par ordre de fréquence le staphylococcus pyogenes albus (8 : 54), le staphylococcus pyogenes tenuis (5 : 54), le staphylococcus pyogenes (8 : 54).

Dans la seconde catégorie, le pneumocoque devient moins fréquent (22 : 63). On trouve plus souvent les microbes pyogènes : Staphylococcus pyogenes albus (22 : 63), streptococcus pyogenes (13 : 63).

Dans la troisième catégorie, le pneumocoque fait totalement défaut; les microbes pyogènes existent seuls ou presque seuls : Staphylococcus pyogenes albus (16 : 25), aureus (14 : 25).

D'autre part, l'examen bactériologique comparatif des cavités de l'oreille moyenne et du rhino-pharynx a montré aux auteurs que, si très souvent — chose déjà connue — l'infection remonte du nez vers l'oreille par la voie tubaire, inversement la lésion de la caisse peut, par la même cause, ensemencer le pharynx nasal; de telle sorte qu'il n'y a de guérison possible et définitive de l'otite moyenne que si l'on guérit en même temps la rhinite postérieure qui l'entretient ou qui en résulte.

M. L.

Contribution à l'étude de l'étiologie des otites catarrhales, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juin 1891, n° 6, p. 397.)

Confirmation bactériologique des recherches cliniques récentes tendant à démontrer que, dans le plus grand nombre des cas, l'otite moyenne relève d'un processus inflammatoire développé dans le rhino-pharynx et de là propagé aux caisses par les trompes. Dans 16 cas sur 20 examinés par eux, les auteurs ont rencontré les mêmes espèces microbiennes dans les sécrétions nasales et dans celles recueillies dans l'oreille moyenne.

Mais, en s'appuyant sur ces considérations pathogéniques, il y a lieu, disent-ils, de rejeter la division, cependant justifiée au point de vue clinique des otites moyennes en purulente et catarrhale, toutes deux pouvant, en effet, être facteur des mêmes

microbes pathogènes. C'est surtout dans le mode de la réaction individuelle qu'il faut rechercher le pourquoi de cette distinction symptomatique. M. L.

L'otite externe chez les névropathes, par A. TRIFILETTI. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, n° 10, octobre 1891.)

L'auteur attire l'attention sur une forme encore peu étudiée de cette maladie, dont il rapporte quatre observations. Il s'agit d'une modification spéciale qu'imprime à la symptomatologie de l'otite externe le terrain sur lequel elle évolue. Deux symptômes locaux en dominent la phénoménalité : 1° douleur extrêmement intense avec irradiations variables, mais hors de proportion d'avec l'état local ; 2° tuméfaction extrême de la peau du conduit, mais tuméfaction froide, pâle, sans tendance à la suppuration, et comme symptômes généraux : pas de fièvre, rien que des réactions nerveuses commandées par la neurasthénie ou l'hystérie en puissance. La physiologie pathologique de cette forme morbide peut être résumée par le mot *faiblesse irritable* des tissus : exaspération des impressions sensitives et des actions vaso-dilatatrices.

Comme traitement, préférer aux agents émollients les irrigations légèrement astringentes. M. L.

Un bon remède contre les otites moyennes purulentes chroniques et l'otorrhée, par V. GRAZZI. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, etc., *anno IX*, n° 5, mai 1891, p. 105.)

L'apparition d'un nouveau médicament est toujours saluée d'un accès d'enthousiasme dont le praticien prudent sait se garder — surtout quand la médication nouvelle se vante de guérir une affection aussi désespérément tenace que l'otorrhée. Avec cette sage défiance, Grazzi a expérimenté le sozoiodol (combinaison d'iode, de soufre et de phénol) chaudement recommandé en 1890 par Nitschmann contre les suppurations chroniques de l'oreille moyenne ; et il a dû cependant reconnaître que le nouvel agent thérapeutique est à la hauteur de sa renommée. Les résultats sont excellents ; de vieux écoulements sont définitivement taris en deux ou trois semaines ; d'autres reparaissent après cessation du traitement, mais cèdent à une deuxième cure. On emploiera le sozoiodolate de potasse sous deux formes : 1° Solution aqueuse de 3 à 10 0/0 que l'on peut injecter en assez grande quantité dans l'oreille moyenne par la perforation tympanique; peu importe que le malade avale la solution qui retombe dans la gorge, car elle n'est pas toxique;

2° poudre mélangée au talc dans la proportion de 15 0/0, qu'on insuffle dans le conduit auditif externe. M. L.

La pression endo-tympanique, par SECCHI. (*Il Sordomuto*, octobre 1890.)

Expériences faites sur des chiens et des chats.

Elles ont donné les résultats suivants :

1° La pression, à l'intérieur de la caisse du tympan, est de + 3 millimètres d'alcool, et non pas en équilibre avec la pression atmosphérique.

2° Cet excès de pression est dû en partie à l'acte de la déglutition, en partie à la contraction des muscles tympaniques.

3° Au début de la déglutition, l'atmosphère de la caisse subit une dépression de — 1 millimètre d'alcool; puis, dans une seconde phase, cette pression monte à + 3 millimètres, sous l'influence de l'action des muscles de la trompe, — encore mal connue.

4° Le moindre son augmente cette pression, à condition que l'animal y prête attention.

5° Sous l'influence des sons très aigus et très intenses, cette pression peut s'élever à + 8 millimètres.

6° Une suite de sons différents produit des oscillations parallèles dans la pression endo-tympanique.

7° Toutes choses égales, d'ailleurs, les diverses voyelles produisent des pressions différentes; la tension étant grande avec A, O, E, moindre avec I, U.

D'où l'auteur conclut que les ondes sonores se transmettent à l'oreille interne, moins par la chaîne des osselets que par l'air contenu dans la caisse. M. L.

Sur la chirurgie de l'os temporal, par LUIS SUNÉ. (*Revista de laringologia, otologia y rinologia*, n° 5, novembre 1890.)

Les progrès de la chirurgie auriculaire sont récents. Il y a vingt ans, combien d'otites graves amenaient la mort par complications cérébrales, n'étaient reconnues que sur la table d'autopsie? Que de malades souffraient atrocement pendant de longs jours, qu'on aurait pu soulager en quelques heures par un traitement rationnel?

Heureusement, les choses ont changé; et l'auteur nous montre rapidement les principales opérations que l'otiatrique appelle chaque jour à son aide.

Soit une otite externe aiguë intense; les lotions émollientes, les baumes adoucissants que réclame le malade n'ont que faire

ici. Si quatre sangsues appliquées au devant du tragus n'ont pas amené un soulagement presque immédiat, le bistouri demeure la seule ressource à utiliser. La douleur est due à la pression qu'exerce sur l'extrémité nerveuse l'exsudation sous-périostée du conduit. Seul le débridement la calmera.

Il faut introduire doucement le bistouri dans le conduit auditif jusqu'à ce que sa pointe arrive jusqu'au voisinage du tympan, puis le retirer vivement en même temps qu'on appuie le tranchant sur la paroi. Et l'on recommencera ainsi sur une autre portion du conduit. Trois incisions — antérieure, inférieure et postérieure — sont nécessaires dans les périostites extensives annulaires.

Ces incisions produisent une douleur violente ; presque tous les malades ont une syncope. Mieux vaut donc user de l'anesthésie chloroformique, qui dans ce cas n'offre aucun danger, puisqu'elle doit être très courte.

S'agit-il d'une otite moyenne? on retirera grand avantage de dix sangsues au moins appliquées sur l'apophyse mastoïde ; mais rien ne vaut encore le paracentèse du tympan. Cependant ce moyen ne suffit pas toujours ; aussi Suñé pose en principe que dans toute otite moyenne aiguë, si la douleur intense ne cède pas au traitement ordinaire, *il faut trépaner l'apophyse mastoïde*, et, chose curieuse même, quand on trouve celle-ci absolument saine, cependant cette intervention paradoxale a les plus heureux résultats.

D'atroces douleurs peuvent encore résulter d'une ostéite développée autour d'un point nécrosé du temporal. Dans ce cas il ne faut pas hésiter à ouvrir la plus large voie possible pour pénétrer jusqu'à l'esquille et l'enlever. M. L.

Un cas de diplopie réflexe par lésions de l'oreille, par P. Verdos.
(*Revista de laryngologia, otologia y rinologia*, janvier 1891.)

L'auteur rapporte une observation des plus frappantes dans sa simplicité :

Un homme de 40 ans présente deux phénomènes simultanés : une surdité complète de l'oreille droite et une diplopie, dont les caractères n'ont malheureusement pas été précisés. L'examen direct montre que le conduit auditif est complètement obstrué par un bouchon cérumineux ; à peine celui-ci a-t-il été enlevé que l'ouïe reparaît normale du côté droit, et simultanément la diplopie disparaît.

Il s'agit ici évidemment d'une paralysie oculo-motrice d'origine réflexe. Verdos fait suivre cette observation de l'énuméra-

tion d'un certain nombre de cas relevés dans la littérature médicale où l'on voit des lésions variées de l'oreille amener, par troubles de réflectivité, des altérations de la vue, des modifications des diverses parties constituantes de l'œil, ayant toutes ce caractère spécial de disparaître par le seul traitement de l'otopathie mère.

Verdos cependant croit que le cas qu'il rapporte est, dans son genre, unique en pathologie auriculaire. Cela peut être, mais néanmoins le fait est banal en pathologie générale. Bien connus sont les cas de paralysie réflexe par excitation des nerfs sensitifs ; or le trijumeau, dans sa racine sensitive, représente plusieurs racines postérieures dont les branches antérieures sont les nerfs oculo-moteur, facial, etc. Depuis le mémoire de Marchal de Calvi, en 1846, la diplopie réflexe par excitation du trijumeau est devenue chose classique ; et si nous nous rappelons que la sensibilité est surtout fournie au conduit auditif par le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur, venu lui-même du trijumeau, nous concevons que l'excitation de ces terminaisons par un corps étranger cérumineux amène l'ophtalmoplégie passagère : le cas de notre confrère espagnol rentre donc dans l'ordre commun. M. L.

Les maladies de l'oreille pendant la vie fœtale et la première enfance, et leurs graves conséquences sur l'ouïe et la parole, par V. Grazzi. (*Bolletino delle malattie dell' orecchio*, etc., février 1891.)

Deuxième partie d'une très intéressante étude dont le commencement a paru l'année dernière. L'auteur étudie ici l'effet de l'obstruction de la trompe. Celle-ci est rarement congénitale: l'enfant vient alors au monde, présentant généralement d'autres malformations simultanées. Plus souvent elle est acquise pendant les premières années de la vie : rien d'étonnant à cela, étant donnée la fréquence des inflammations naso-pharyngiennes à cet âge. Cependant ce cas de surdi-mutité est peu commun : son mécanisme a, dans ces derniers temps, donné lieu à divers travaux. Boucheron (1880) l'a étudié sous le nom d'*hypertonie auriculaire*, et en donne la physiolologié pathologique suivante : obstruction des trompes, raréfaction de l'atmosphère de la caisse, concavité du tympan qui exerce une pression centripète exagérée sur le labyrinthe; transmission de cette pression par le liquide endolabyrinthique sur les terminaisons du nerf acoustique qui, à la longue, subissent une dégénérescence atrophique. Le seul moyen de combattre cette surdité est de

rétablir à temps la perméabilité des trompes à l'aide de cathétérismes répétés. Cette méthode a donné de bons résultats à Boucheron, à Verdos (de Barcelone). Grazzi, au contraire, n'en a tiré aucun bénéfice.

Le diagnostic de la surdi-mutité chez le jeune enfant présente quelques points intéressants. En général cette infirmité n'est pas remarquée par les parents eux-mêmes, mais par un ami de la famille qui observe un jour par hasard que l'enfant ne prête pas attention au bruit qui se fait autour de lui. Ce n'est que plus tard que l'enfant est amené au médecin, presque toujours parce qu'il ne prononce aucune parole à un âge où il devrait déjà parler couramment. Le praticien doit, avant de formuler son opinion, se livrer à une enquête approfondie, interroger les parents dans les plus petits détails, diriger surtout ses recherches vers les altérations qu'ont pu présenter le nez, la gorge, les oreilles du malade. Cela fait, il donnera à l'enfant un joujou, un objet quelconque pour captiver son attention; puis, à l'improviste, se plaçant derrière lui, il produira un bruit bien net avec une cloche, un instrument de musique, et observera si l'enfant tourne la tête ; cette épreuve, répétée à plusieurs fois, est décisive ; il va sans dire qu'elle sera complétée par l'épreuve du diapason-vertex et par l'examen complet des oreilles. Mais à aucun prix il ne faut devant les parents prononcer le mot *sourd-muet*, qui leur produirait la plus pénible impression.

Il est inutile d'insister sur l'importance du diagnostic précoce de la surdité chez l'enfant. Quelque perfectionnées que soient aujourd'hui les méthodes de sourds-muets, aucune ne donne d'aussi beaux résultats que la guérison des otopathies infantiles qui, à leur suite, entraînent fatalement le mutisme. M. L.

Toux auriculaire, par C. Compaired. (*Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc., nº 4, avril 1891.)

Un homme de 43 ans vient consulter l'auteur, se plaignant d'une toux quinteuse qui ne le quitte pas depuis un an, revient par accès à chaque instant du jour et de la nuit et s'accompagne de vives douleurs dans la poitrine et l'épaule. Aucun médecin, aucun médicament n'a pu la faire cesser. Compaired, malgré un examen minutieux, ne trouve aucune lésion du nez, de la gorge du poumon pouvant expliquer cette toux. Un jour, par hasard, il s'aperçoit que le malade a l'oreille droite un peu dure ; mais c'est là une chose ancienne dont cet homme ne se préoccupe pas. Il y a quatre ans, il se baignait à Saint-Sébas-

tien, quand une lame l'a frappé sur l'oreille, et, pendant un mois, il a eu une otite suppurée, facilement guérie du reste. Compaired pratique l'examen de cette oreille, trouve le tympan masqué par un corps étranger dur, noirâtre, formé d'un amas de petits coquillages ; il en pratique l'extraction et presque immédiatement après, toux, douleurs thoraciques disparaissent comme par enchantement.

L'auteur discute ensuite la physiologie pathologique de ce phénomène et conclut à un réflexe se passant dans le domaine des pneumo-gastriques. Excitation centripète de la branche auriculaire venue du ganglion jugulaire du vague, et irritation consécutive de filets qui se rendent aux récurrents et aux laryngés supérieurs. M. L.

Ostéite condensante douloureuse de l'apophyse mastoïde, par G. Nuvoli. (*Bollettino delle malattie dell' Orecchio*, etc., anno IX, n° 5, p. 27, mai 1891.)

Sous ce nom, une affection nouvellement différenciée a pris droit de cité en otologie. Il s'agit, on le sait, d'une mastoïdite de type spécial, reconnaissable aux trois signes distinctifs suivants : 1° transformation éburnée de l'apophyse avec disparition totale de cellules mastoïdiennes ; 2° douleur fixe, térébrante, nettement localisée en ce point ; 3° guérison complète obtenue par l'évidement de l'os malade. Cette forme morbide est utile à bien connaître, car il arrive parfois que le chirurgien, ignorant son existence, trépane, fouille très loin dans l'apophyse mastoïde à la recherche d'un abcès qu'il croit exister et produit ainsi de grands délabrements, au moins inutiles, sinon dangereux.

L'observation que rapporte Nuvoli est un cas d'une grande netteté clinique, qui montre l'effet heureux du traitement chirurgical. M. L.

Recherches préliminaires sur la physiologie pathologique de quelques muscles du larynx, par G. Masini. (*Archivii ital. de laryng.*, fasc. 1 et 2, p. 21, 1891.)

Intéressante étude expérimentale tendant à éclaircir quelques-uns des points encore bien obscurs de la neuro-pathologie laryngienne ; malheureusement l'auteur n'arrive à en tirer aucune conclusion précise ; en somme, un travail d'attente, de simples notes de laboratoire utiles à consulter, mais échappant à une analyse d'ensemble.

1° *Muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.*

On sait à quelles contestations a donné lieu la paralysie de ces muscles. Gehrardt (1883) la signale le premier ; puis Rosenbach et Semon émettent cette hypothèse, devenue classique, que dans toutes lésions récurrentielles, les fibres nerveuses, dévolues aux abducteurs, sont plus tôt atteintes que les filets qui se rendent aux adducteurs : c'est l'application de cette loi que toute paralysie de cause centrale ou périphérique a son maximum d'intensité au niveau des muscles extenseurs. Mais Krause (1884) s'élève contre cette théorie de la paralysie des dilatateurs et démontre expérimentalement que l'excitation, la compression des récurrents amènent au contraire une contracture des adducteurs. Hooper (1885) reprend ces expériences et introduit une donnée nouvelle dans ce problème déjà complexe en montrant que l'excitation électrique des récurrents, qui chez l'animal éveillé produit l'adduction forcée des cordes (contracture de Krause) amène un effet inverse chez le chien éthérisé, l'abduction forcée : c'est l'*ether effect*.

Les expériences instituées par Masini sur des chiens, et longuement rapportées au cours de ce travail, lui ont donné des résultats trop contradictoires pour qu'il puisse affirmer ou infirmer les faits avancés par Hooper. Il tendrait cependant à se mettre d'accord avec Semon et Horsley, et à croire que les résultats obtenus par Hooper varient non seulement suivant les individus, mais encore suivant les conditions de l'expérience. Une excitation faible des récurrents chez le chien endormi amène bien une abduction des cordes; mais si l'on augmente l'intensité du courant électrique, l'effet inverse se produit et la glotte se ferme.

Le débat encore pendant entre les partisans de la paralysie des dilatateurs et ceux de la contracture des adducteurs ne sera pas encore clos par le travail de Masini. Cet auteur cependant croit que dans le plus grand nombre des cas observés en clinique il doit s'agir de contracture des adducteurs; il appuie son dire sur ses expériences personnelles, qui lui ont montré que chez le chien l'électrisation, le pincement, la ligature du récurrent amène toujours l'adduction activée et forcée de la corde vocale sur la ligne médiane; seule la section de ce nerf paralyse totalement la corde en position cadavérique. Il y aurait lieu de reviser toutes les observations antérieurement recueillies en clinique sur ce point en portant une attention toute spéciale sur la forme de la glotte, assez différente dans le cas de paralysie des dilatateurs et de contracture des adducteurs pour que le diagnostic en soit possible.

a) Dans le cas de paralysie expérimentale des deux crico-aryténoïdiens postérieurs, les cordes viennent en contact sur la ligne médiane et se mettent en position phonatoire. La glotte interligamenteuse garde son aspect triangulaire, mais réduit à de minimes proportions; la glotte intercartilagineuse, toujours en forme de cône, est également effacée, un peu moins cependant; entre elles deux les apophyses vocales proéminent plus saillantes qu'à l'état normal; les aryténoïdes ont subi un mouvement de rotation en dehors; enfin les cordes vocales, un peu flottantes, tremblent légèrement pendant l'inspiration.

b) Tout autre est l'aspect de la glotte dans la contracture des adducteurs. Ici les cordes vocales se touchent, absolument immobiles pendant la respiration et très tendues : la glotte prend un aspect elliptique très allongé; les aryténoïdes se tournent en dedans, leurs apophyses vocales s'effacent.

2° *Muscle ary-aryténoïdien.*

Depuis Longet, on admet que ce muscle ferme la glotte postérieure; c'est un des points les mieux établis de la physiologie laryngée. Seul Moura (1887) a fait de ce muscle un dilatateur glottique; mais cette opinion, uniquement fondée sur des considérations anatomiques et des examens laryngoscopiques, ne résiste pas au contrôle de l'expérimentation directe; Masini le prouve une fois de plus. Cependant à son rôle classique l'auteur italien en ajoute un nouveau, secondaire du reste : par ses faisceaux en X ce muscle tendrait directement les cordes vocales, en attirant en arrière les sommets des aryténoïdes.

3° *Muscles crico-thyroïdiens.*

Outre leur effet bien démontré de tendre les cordes vocales, Masini croit qu'en se contractant ces muscles ont également pour action de diminuer l'ampleur de la cavité laryngienne; à mesure qu'il émet un son de plus en plus élevé, le larynx, grâce à eux, se rétrécit dans ses diamètres vertical et transversal; ainsi le résonnateur laryngien se met d'accord avec les sons qu'il a omis de renforcer.

4° *Muscles thyro-aryténoïdiens.*

L'auteur admet la théorie classique qui attribue à ces muscles un double rôle : tendre les cordes vocales et réduire les dimensions des ventricules de Morgagni. Mais il n'a pu vérifier avec soin, l'électrisation directe ou indirecte de ces nerfs ayant été pratiquée sans résultats. Plus heureux que lui, Jeanselme et Lermoyez (1885) avaient antérieurement démontré cette diminution de capacité des ventricules de Morgagni, en électri-

sant des larynx de cholériques, disséqués presque immédiatement après la mort. Quant au rôle de tenseur, l'auteur l'affirme ; il se contente de déclarer absolument erronée, sans autre forme de procès, l'opinion qui fait du thyro-aryténoïdien un « relâcheur » des cordes vocales ; il n'a, pour appuyer son affirmation, qu'une expérience qui n'a pas réussi. C'est peu. M. L.

Paralysie hystéro-traumatique du larynx, par G. Masini. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, année IX, n° 9, septembre 1891.)

C'est, au dire de l'auteur, le premier cas de ce genre qui ait été publié sous ce titre.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, présentant un certain nombre de stigmates hystériques et porteur, en outre, d'un goitre qui déterminait des phénomènes de compression pénibles.

Le professeur Casolli pratique la thyroïdectomie, au cours de laquelle ni le récurrent ni ses branches ne sont intéressés. Le troisième jour de l'opération, brusquement et sans cause, le malade devient aphone. La faradisation externe du larynx ramène momentanément la voix, qui disparaît de nouveau.

A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie de l'ary-aryténoïdien et, en outre, une anesthésie absolue de tout l'intérieur du larynx.

Le malade a conservé la faculté de chuchoter : il n'a donc pas de mutisme.

Masini n'hésite pas à voir là un cas de paralysie hystéro-traumatique du larynx, paralysie psychique résultant d'une autre suggestion produite par l'opération. Il appuie son dire sur l'existence de l'hystérie chez ce malade, sur la préoccupation extrême que lui causait l'opération qu'il allait subir, sur ce fait, enfin, que la laryngoplégie n'est apparue que trois jours après le traumatisme opératoire, sorte de période d'incubation pendant laquelle le malade préférait sa paralysie et que Charcot a montrée être constante au début des accidents hystérotraumatiques.

Nul doute qu'en analysant à ce point de vue spécial les observations de paralysies hystériques du larynx publiées jusqu'à ce jour, on n'en trouve un certain nombre relevant de l'hystéro-traumatisme mis en jeu par une chute, un coup ou autre violence extérieure. M. L.

Un cas de laryngite sous-glottique aiguë grave, par C. Corradi. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, etc., n° 2, février 1891.)

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui, s'étant levé en parfaite

santé, fut pris vers huit heures du matin de céphalalgie ; à neuf heures sa voix devient rauque ; sa respiration de plus en plus difficile, et à deux heures de l'après-midi la dyspnée a pris des proportions formidables. L'examen laryngoscopique montre dans la région sous-glottique deux masses rouges, latérales, venant presque au contact de la ligne médiane, et réduisant l'entrée de la glotte de plus des trois quarts de ses dimensions habituelles.

Des potions calmantes, des inhalations de vapeur, l'ingestion de petits morceaux de glace et enfin, surtout, une application de quatre sangsues au devant de la poignée du sternum amènent une rapide amélioration. Le malade guérit sans trachéotomie. M. L.

Abri pour le laryngologiste, par C. Labus.
(*Archivii italiani di laringologia*, juillet 1891.)

Un des inconvénients de la spécialité laryngologique est de recevoir en plein visage la salive, le mucus ou le sang que le malade rejette dans un accès de toux involontaire.

Le praticien s'habitue cependant assez bien à deviner le réflexe quand il se prépare et à détourner brusquement la tête quand il se produit ; mais souvent, malgré ses mouvements de retraite, il reçoit des éclaboussures. Or, avec le nombre relativement énorme de phthisiques qui fréquentent les cliniques, le danger d'une inoculation tuberculeuse de l'œil est de tous les instants. Pour parer cet accident, Labus a imaginé un appareil simple et qui a le mérite de s'adapter à tous les modes d'exploration du larynx. Une plaque de cuivre du poids de 150 grammes (encore la pourrait-on alléger en la construisant en aluminium), large de 17 centimètres, longue de 20, se place devant la figure à la façon d'un écran protecteur ; elle est percée de deux trous qui permettent la vision binoculaire.

Il est inutile, pour s'en servir, de modifier la technique exploratrice à laquelle on est habitué : elle s'adapte très aisément à la face postérieure du miroir frontal, et ceux qui se servent de l'éclairage direct se l'attachent au moyen d'un bandeau fronto-occipital. M. L.

Un cas de dysphagie probablement d'origine corticale, par C. Abate. (*Archivii italiana di laringologia*, octobre 1891, fasc. 4, p. 162.)

Un garçon de 18 ans, vigoureux et en pleine santé, reçoit un violent coup sur la tête. Il tombe et perd connaissance. Revenu

à lui quelques heures plus tard, il est pris d'une dysphagie telle qu'il ne peut avaler une goutte d'eau. Au bout de douze jours d'inanition, il va trouver Abate, qui constate comme toute lésion objective, un peu de raideur de l'épiglotte, qui a légèrement perdu sa sensibilité. En même temps le malade, jadis d'un caractère enjoué, est devenu taciturne et mélancolique. En moins d'une semaine, quelques séances de faradisation intra-laryngée amènent une guérison absolue.

L'auteur croit que ce fait démontre l'existence d'un centre cortical spécial pour les mouvements de la déglutition ; que, dans le cas actuel, ce centre a été détruit, mais que son action a été suppléée par celle des centres corticaux ou sous-corticaux vicariants!

Peut-être Abate aurait-il dû songer à l'hystérie? M. L.

Sur les laryngosténoses d'origine nerveuse, par A. d'Aguanno. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, année IX, nos 8 et 9, août-septembre 1891.)

Un homme a une lésion récurrentielle : il étouffe. Y a-t-il chez lui paralysie des abducteurs ou contracture des adducteurs ? Depuis quinze ans le monde laryngologique se pose la question sans pouvoir la résoudre. Chaque parti, avec Semon et Rosenbach, Gouguenheim et Krause, met en avant de sérieux arguments ; de cette discussion nourrie de faits, A. d'Aguanno nous donne en quelques pages un résumé très suggestif. Au reste, pourquoi tous ne se mettraient-ils pas d'accord ? Il peut y avoir l'une et l'autre lésion ; et Masini a récemment fait remarquer qu'un examen laryngoscopique attentif permet de faire aisément le départ des cas qui ressortissent à la paralysie des dilatateurs, et de ceux où la contraction des constricteurs est en jeu.

L'auteur rapporte une curieuse observation où ces deux altérations se superposent sans se confondre. Il s'agit d'un Palermitain, archéologue et ataxique. Depuis près de vingt ans, il a la respiration courte et, quand il parle à haute voix, est obligé de s'arrêter souvent pour respirer. Le miroir montre des cordes vocales saines d'apparence, mais n'arrivant pas à s'écarter de plus de deux à trois millimètres à la base du triangle glottique, pendant les plus violents efforts expiratoires. Dans l'inspiration forcée, l'ouverture de la glotte se réduit à une fente d'un millimètre. Les cordes sont flasques ; mais pendant l'émission vocale — qui est normale — elles se tendent et viennent alors en contact sur la ligne médiane.

Sur cet état durable les progrès de l'ataxie ont greffé des crises laryngées, spontanées ou provoquées par de légers efforts; pendant cinq minutes, le malade étouffe, se cyanose, asphyxie, jusqu'au moment où une inspiration pénible et bruyante vient ramener le calme.

Avec toute apparence de raison, A. d'Aguanno admet que ce malade présente en permanence le tableau symptomatique de la paralysie des dilatateurs, dont des accès de spasme des constricteurs viennent de temps à autre compliquer les signes. L'auteur n'a malheureusement pas pu faire d'examen laryngoscopique pendant les crises d'étouffement; cette lacune ôte beaucoup de valeur à son observation. M. L.

Contribution à l'étude de quelques formes de sténose laryngée chronique, par Ignazio Dionisio. (*Archivi italiani di laringologia,* fasc. 3, p. 103, juillet 1891.)

A côté des laryngopathies spécifiques bien déterminées, tuberculose, syphilis, etc., il existe des processus d'inflammation chronique aboutissant à la laryngosténose. La confusion est extrême sur ce point. La blennorrhée chronique de Stœrk, la laryngite sous-glottique chronique de Ziemssen, la laryngite sous-muqueuse chronique de Gottstein, méritent-elles d'être décrites isolément? Ganghofner, Chiari, ont émis cette hypothèse que dans tous ces cas il s'agit d'un processus univoque, d'un localisation au larynx du rhinosclérome : et les examens bactériologiques faits dans des cas de ce genre par Chiari, Jakowski, Matlakowski, Bandler et Hermann, etc., l'ont confirmée.

L'observation que rapporte Dionisio, et qui ressemble étonnamment à la blennorrhée de Stœrk, plaide en faveur de cette identification. Une jeune femme, non tuberculeuse, non syphilitique, est atteinte d'une sécrétion nasale abondante, laquelle peu à peu devient plus rare, plus épaisse. Au bout de quelques mois se montre une gêne respiratoire qui va croissant : la voix devient rauque, presque éteinte. L'examen rhinoscopique fait voir la pituitaire pâle, hypertrophiée au niveau des cornets inférieurs : les fosses nasales sont remplies de croûtes jaunâtres. Le laryngoscope montre une même accumulation de croûtes au niveau du vestibule laryngé : à la partie postérieure de la glotte il ne reste plus qu'un petit pertuis par où puisse se faire la respiration. La cavité laryngienne, débarrassée de ces produits de sécrétion, se présente déformée par une hypertrophie irrégulière de la muqueuse.

Le traitement antisyphilitique est essayé sans résultat : la

malade n'obtient d'amélioration que par l'emploi des sondes dilatatrices de Schrötter.

L'examen bactériologique d'un fragment de la muqueuse laryngienne y décèle une grande quantité de bacilles encapsulés qui, par leurs caractères morphologiques et l'aspect de leurs cultures doivent être identifiés avec le bacille du rhinosclérome.

M. L.

Nouvelles modifications au procédé de l'éclairage direct du larynx avec la lumière électrique, par Ignazio Dionisio. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, année LIV, n° 12, p. 47, janvier-février 1891.)

Il y a deux ans, l'auteur communiquait les résultats de ses premières recherches à ce sujet : il employait comme source de lumière une lampe électrique placée sur le manche du laryngoscope, et dont les rayons, sensiblement parallèles, venaient tomber sur le miroir et de là se réfléchir dans le larynx. Depuis lors il a modifié son procédé : il préfère éclairer directement le larynx, en adaptant une lampe à incandescence sur le bord même du miroir; de cette façon la totalité des rayons lumineux émis se projette dans la cavité laryngienne : la surface réfléchissante du miroir se trouve dans l'obscurité et donne ainsi une image bien plus nette que quand, ainsi que cela a lieu avec le miroir frontal, le miroir se trouve en pleine lumière et doit jouer le double rôle d'éclairer le larynx et d'en réfléchir l'image.

La figure intercalée dans le mémoire évite de faire une description détaillée de l'instrument. L'auteur emploie des lampes assez fortes, de 3, 4 bougies : à cela il trouve plusieurs avantages. Les lampes microscopiques de une bougie et moins sont trop fragiles, et se rompent après dix examens en moyenne, en second lieu, leur lumière est trop faible, et enfin il faut les pousser au blanc brillant, d'où résulte rapidement une chaleur vive qui incommode le malade.

Dionisio ne prétend pas toutefois que son instrument doit être d'un usage journalier : c'est un mode d'investigation perfectionné à n'employer que dans le cas où l'on veut faire un examen très minutieux du larynx.

M. L.

Hémorragies laryngées cataméniales, par C. Compaired (*Bollettino delle malattie dell'orecchio*, etc., n° 4, avril 1891.)

Aux faits antérieurement rapportés par Frænkel, Strubing, Sota y Lastra, Stepanow, Ruault, Moure, etc., l'auteur ajoute deux cas tirés de sa pratique personnelle.

Obs. I. — Femme de 25 ans, hystérique, lymphatique. Dysménorrhée datant de deux ans. Depuis deux mois, à chaque époque menstruelle il y a exacerbation d'un catarrhe pharyngo-laryngé préexistant et émission de crachats sanguinolents; cela dure une semaine, puis, dans la période intermenstruelle, tout rentre dans l'ordre.

Au laryngoscope : hyperémie de la muqueuse laryngienne, qui présente de petits points ecchymotiques.

La guérison complète est obtenue par un traitement tonique général (fer, douches); aucune médication locale n'est instituée.

Obs. II. — Femme de 21 ans, atteinte de goitre exophtalmique, de chlorose et d'hystérie (?) n'est plus réglée depuis un an. Mais chaque mois, pendant une semaine, elle est prise, sans cause, d'un catarrhe laryngien, avec expectoration sanguinolente discrète. A l'examen direct, le larynx semble très vascularisé, et présente quelques ecchymoses sous-muqueuses ponctuées.

L'auteur rejette la dénomination de *laryngite hémorragique*, souvent attribuée à des cas analogues ; ce nom implique l'idée d'une entité morbide nettement classée, alors qu'il s'agit simplement de suppléances hémorragiques se faisant chez des femmes mal réglées, nerveuses, et prenant parfois la voie laryngienne, de même qu'elles peuvent se manifester sur les muqueuses bronchique, stomacale, etc. Le mot d'hémorragie laryngée est lui-même encore trop gros : il éveille la pensée de caillots glottiques, de grands épanchements sous-muqueux, de saignement interne inondant les voies aériennes et amenant l'asphyxie; or, rien de tout cela ne se voit dans l'espèce : si l'on tient absolument à mettre une étiquette sur ces métastases de la menstruation, qu'on les appelle *menstrues laryngiennes*. M. L.

Sur un cas d'ictus laryngé, par J. Roquer Casadesus. (*Revista de Laringologia*, n° 10, août 1891.)

Les cas de vertige laryngé, indépendant de toute affection des centres cérébro-spinaux sont si rares, qu'il y a intérêt à publier tous ceux qu'on rencontre : ce n'est que par l'accumulation des faits que l'on arrivera à des notions de pathogénie précises.

L'auteur a observé un jeune homme de 31 ans, lymphatique, atteint depuis quelque temps d'une bronchite qui, dans les derniers jours, s'était compliquée d'un phénomène nouveau. Le malade éprouvait un chatouillement laryngé, se mettait à tousser : au troisième ou quatrième coup de toux, il devenait

cyanosé et tombait à la renverse, ayant perdu connaissance; au bout de quelques instants, sans avoir eu de phénomènes convulsifs, il ouvrait les yeux et revenait à lui. Ces cas se reproduisaient un grand nombre de fois dans la journée.

Cet ictus laryngé n'était-il pas, par hasard, un acte réflexe d'origine nasale? Roquer Casadesus a dû rejeter cette hypothèse, car il n'existait ni dans le nez ni dans le larynx aucune zone hyperesthésique dont l'excitation pût amener les accès de toux; et inversement, la cocaïnisation énergique de ces parties n'empêchait aucunement les phénomènes vertigineux de se produire. Il croit pouvoir expliquer la production de l'ictus vertigineux de la façon suivante, en se basant sur l'examen objectif qui ne lui révélait qu'un peu de catarrhe des premières voies: la toux convulsive amène un spasme de la glotte, d'où il résulte un commencement d'asphyxie (cyanose de la face) produisant une congestion des centres nerveux, et par suite un ictus. A ce moment, l'activité cérébro-spinale étant suspendue, le spasme glottique cède, et l'air, rentrant dans le poumon, ramène le calme. M. L.

Modifications aux appareils de tubage du larynx, par F. Egidi. (*Archivio Ital. di pediatria, anno IX*, fasc. 3, 1891.

L'appareil de O' Dwyer présente trois graves inconvénients, qui sont : 1° la longueur exagérée des tubes, d'où difficulté d'introduction; 2° le diamètre trop étroit de leur orifice; 3° la forme du mandrin, qui est telle, que celui-ci, pendant l'introduction, obstrue complètement la lumière du tube; or il y a un immense danger à fermer aussi complètement le larynx, même pendant un instant très court, chez un individu cyanosé.

L'appareil de Bouchut, beaucoup plus simple, présente un autre défaut : l'absence de pavillon, qui permet à ce tube de tomber dans l'hypoglotte et la trachée; mais, en revanche, il possède un grand avantage : la sonde introductrice étant neuve n'amène aucun danger d'asphyxie, et permet à l'opérateur, grâce au sifflement de l'air qui la traverse, de se rendre compte qu'il est entré dans le larynx.

Egidi a fait construire un appareil qui emprunte aux deux précédents leurs avantages. Il adopte le type des tubes de O' Dwyer, mais plus larges et surtout plus courts : ceux-ci n'ont pas besoin de descendre au-dessous du cinquième anneau de la trachée, car il est exceptionnel que le processus diphtéritique

s'étende aussi bas. Au tube il adapte un mandrin introducteur creux en son centre et permettant la libre circulation de l'air.

M. L.

Du lupus primitif des fosses nasales, par E.-J. Moure. (*Archivos internacionales de Laringologia, año I*, nº 3, mai-juin 1890.)

Cette leçon est un résumé de la thèse de V. Raulin, inspirée d'ailleurs par l'auteur.

Affection rare, insidieuse, indolore, pouvant s'observer sous ses trois formes : végétante, ulcéreuse, scléreuse. Le diagnostic en serait aisé par le simple examen rhinoscopique ; cependant l'envahissement secondaire de la peau du nez doit singulièrement le faciliter. A noter que le processus lupique tend beaucoup moins à gagner le naso-pharynx qu'à se propager au dehors.

Moure conseille le traitement par raclage, aussi complet que possible, suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique pur. Surveiller avec soin les récidives. M. L.

Traitement des hémorragies nasales graves. Canule-tampon nasal respiratoire, par Ign. Dionisio. (*Turin*, janvier 1890, analysé *in Archiv. Ital. di laringologia*, octobre 1890.)

Au tamponnement postérieur avec la sonde de Belloc, difficile pour le médecin, douloureux pour le malade, l'auteur propose depuis plusieurs années (1886) de substituer l'emploi d'un appareil basé sur le principe de la canule de Trendelenburg. Il se compose d'un sac de caoutchouc traversé d'une canule de métal creuse, d'environ 11 centimètres de longueur. L'instrument étant introduit dans la narine du malade, on insuffle de l'air dans la poche de caoutchouc, qui, se distendant, vient efficacement comprimer la fosse nasale, laquelle, néanmoins, grâce à la canule, continue à rester perméable à l'air inspiré.

M. L.

Les bactéries des fosses nasales à l'état physiologique, par G. Deletti. (*Arch. Italiani di Laringologia*, fasc. 4, octobre 1891.)

La flore des fosses nasales est beaucoup moins bien connue que celle de la bouche. Les travaux de Herzog, de Strauch, de Reimann, de Paulsen, de Wright, ont fourni des résultats contradictoires. Deletti s'est proposé d'étudier les germes qui habitent les fosses nasales saines, et de rechercher, parmi ceux-ci, ceux qui présentent des propriétés pathogènes.

Ses recherches ont porté sur trois sujets, de santé générale parfaite, et dont l'intégrité des fosses nasales avait été vérifiée par Massei. A l'aide de cultures sur différents milieux nutritifs, de l'examen microscopique après coloration, et des inoculations sur un lapin, il a pu reconnaître un grand nombre d'espèces microbiennes ; le lecteur devra se reporter à l'original pour en étudier le détail, qui ne saurait être exposé dans le cadre de cette analyse.

D'une façon générale, les microcoques sont infiniment plus abondants dans le nez que les bacilles.

Quelques espèces microbiennes se rencontrent constamment dans le nez des sujets examinés : un staphylocoque de couleur jaune paille, un streptocoque liquéfiant, un tétracoque orangé ; tous sont décrits dans les tableaux diagnostiques de Eisenberg, C. Frænkel et Lustig.

Souvent, mais non toujours, s'y rencontrent des chromogènes connus : Micrococcus aurantiacus, M. luteus, etc.

Les micrococcus candicans, ureæ, pyogenes, y sont plus rares.

En un mot, il y a un rapport intime entre les microbes du nez et ceux que renferme l'air ambiant.

Les agents pathogènes pour le lapin, que l'auteur a réussi à isoler, ne sont qu'au nombre de deux : un microcoque et un bacille, dont il donne une minutieuse description.

Conclusion : il faudra encore faire de longues et patientes recherches avant de connaître d'une façon précise quels microbes habitent le nez ordinairement, et quels accidentellement. M. L.

Le diagnostic et le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par Strazza. (*R. Accademia di Medicina di Genova, Séance du* 13 avril 1891.)

Conclusions :

1° Si l'empyème est d'origine dentaire, il faut ouvrir le sinus par voie buccale, après extraction de la dent cariée ;

2° Si l'étiologie en est autre, essayer d'abord de la méthode d'Hartmann (lavage par l'orifice de l'hiatus semi-lunaire) ; en cas d'insuccès, en venir à l'opération de Mikulicz-Krause ;

3° Si ces divers procédés échouent, ouvrir largement le sinus par la fosse canine. M. L.

Un cas de soi-disant rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse, par G. Strazza. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, année IX, n° 8, août 1891.)

Un homme de 40 ans, vigoureux, se plaint d'une obstruction

de la narine droite. L'examen direct montre l'existence d'un polype fibro-myxomateux. Celui-ci est enlevé à l'anse froide et démasque alors la présence d'un corps blanchâtre mou, remplissant toute la narine droite ; la sonde nasale en ramène des fragments ayant l'odeur du fromage fermenté. L'auteur débarrasse le nez de son contenu ; la muqueuse sous-jacente apparaît alors pâle, lisse, sans ulcérations. L'éclairage par transparence montre l'intégrité du sinus. D'autre part, la narine gauche est absolument saine. A la suite de l'intervention, le malade se trouve complètement soulagé. Dans la suite il n'y eut pas de récidive.

L'examen microscopique de la masse caséeuse y révèle des cellules épithéliales en dégénérescence granulo-graisseuse et une grande quantité de corpuscules blanchâtres qui donnent, avec l'acide osmique, la réaction de la graisse.

Cette observation suggère à Strazza quelques réflexions sur le coryza caséeux, affection qui a tant de peine à prendre rang dans la nosologie nasale. L'auteur se déclare un opposant convaincu de la doctrine formulée en 1874 par Duplay, et soutenue en Italie par Cozzolino, qui voit là une affection protopathique; c'est une complication de diverses maladies du nez, rien de plus. Un corps étranger, un polype, une déviation de la cloison, amènent une stase dans l'espace nasal situé en arrière; par suite de sa stagnation, le mucus s'y concrète et prend l'aspect caséeux. Vouloir en faire, avec Cozzolino, une *rhinite scrofuleuse*, c'est négliger systématiquement l'enseignement des faits. Il n'y a ici ni scrofule ni rhinite en cause. Ni scrofule, car on ne saurait concilier la rareté extrême du coryza caséeux avec la fréquence, l'universalité de la diathèse strumeuse ; et dire pourquoi, si la scrofule aime surtout l'enfance, la rhinite caséeuse se plaît de préférence chez l'adulte. Ni rhinite, car (il est vrai qu'on n'en n'a pas fait l'examen histologique) toujours dans ces cas la muqueuse se montre cliniquement saine sous l'enduit de magma qui la recouvre ; car s'il y avait rhinite, on ne comprendrait pas l'unilatéralité constante des symptômes ; on s'expliquerait encore moins comment il se fait que, une fois la narine mécaniquement désobstruée, la guérison soit immédiate et sans récidive. M. L.

Dermalgie d'origine nasale, par Ramón de la Sota y Lastra. (*Revista de Laryngologia, Otologia, y Rinologia*, février 1891.)

Fait bien étudié, car l'auteur l'a observé sur lui-même. Au

cours d'un coryza aigu intense avec inflammation érysipélateuse de la peau de la narine, il fut pris d'une vive névralgie sus-orbitaire gauche et, en même temps, il constata au niveau de la partie supérieure et latérale gauche de la tête une petite zone hyperesthésique, une dermalgie, comme il l'appelle. Cette dermalgie lui semble bien être un réflexe d'origine nasale, car : 1° les badigeonnages de la pituitaire avec une solution cocaïnée la calmaient momentanément ; 2° la cessation du coryza le fit disparaître.

Encore un réflexe d'ordre nasal ! dit l'auteur plaisamment en commençant son article. Cependant la chose ne semble pas aussi neuve qu'il paraît le croire. Depuis Valleix, nous savons que le coryza peut engendrer la névralgie du trijumeau, et la dermalgie localisée décrite par l'auteur espagnol ressemble fort au point pariétal hyperesthésique commun à toutes les névralgies de la cinquième paire, point signalé par tous les classiques. M. L.

Considérations sur le diagnostic des manifestations pharyngo-laryngées de la syphilis tertiaire, par J. Roquer y Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1890.)

Observations montrant que la recherche d'antécédents spécifiques doit céder le pas, pour le diagnostic de la syphilis gutturale, à l'étude minutieuse des symptômes objectifs, le malade pouvant souvent nier de bonne foi tout accident vénérien, ou encore être atteint d'hérédo-syphilis. M. L.

Thérapeutique clinique des diphtéritiques, par V. Cozzolino, (*Il Morgagni*, nos 3, 4, 5, mars-avril-mai 1891.)

Ce travail porte un sous-titre qui le résume : examen critique des dernières méthodes de traitement et en particulier de celles de l'école française, basé sur l'observation clinique et sur les derniers progrès de la bactériologie. C'est une volumineuse compilation sur un sujet que l'auteur traite avec une prédilection et une fréquence remarquables. Peu d'Italiens ont, du reste, autant de compétence que lui en cette matière. M. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Oreille.

Quatre cas d'affections mastoïdiennes, par R. Tilley (*Illinois State med. Soc.*, 6 mai, in *N. Y. med. rec.*, 5 juillet 1890).

Périostite mastoïdienne primitive, par S.-C. Ayres. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Contribution à l'étude de l'anesthésie dans les petites opérations chirurgicales ; cocaïnisation ; cataphorèse électrique ; hypnotisme et suggestion, par Ad. Barth. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Ruptures de la membrane du tympan, et spécialement de leur importance forensique, par L. Treitel. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Deux cas d'abcès cérébraux consécutifs à une otorrhée ancienne ; opération ; guérison, par U. Pritchard. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Un cas d'opération pour une exostose du conduit auditif externe, par T. Heiman. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Surdité progressive (sclérose) et son traitement par la ténotomie du tenseur du tympan, par Cholewa. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Forme de Bezold de la mastoïdite et thrombose du sinus latéral, par S. Moos. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Micro-organismes dans les otites moyennes suppurées, par A. Scheibe. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la première moitié de l'année 1889 (pathologie et thérapeutique), par A. Hartmann. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Rupture du tympan occasionnée par un coup, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juin 1890.)

Réflexions sur l'emploi de l'électricité dans les affections de l'oreille, par E.-L. Jones. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Pathologie et traitement du tintement d'oreilles, par A.-A. Hubbell. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Cholestéatome de l'oreille, par B.-A. Randall. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890, et *University med. Magazine*, juillet 1890.)

Perforation du conduit auditif, par S.-S. Bishop. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Complications auriculaires de l'inflammation catarrhale chronique du nez et de la gorge, par W.-J. Edwards. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Sclérose mastoïdienne, par Huntington Richards. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Septum ressemblant à la membrane du tympan, par S. Theobald. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Extraction d'un corps étranger de l'oreille au moyen du galvano-cau-

tère, par L. Howe. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Anatomie de l'oreille de l'éléphant, par A.-H. Buck. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Excision du marteau et de la membrane du tympan, par C.-H. Burnett. (*Amer. Otol, Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Perforation de la membrane de Shrapnell. par B.-A. Randall. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet et *Med. News*, 27 septembre 1890.)

Mastoïdite interne à la suite d'un érysipèle, par J.-A. Lippincott. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Quelques cas d'affections des cellules mastoïdiennes avec ouverture fistuleuse qui guérirent sans l'emploi du foret ni du trépan, par O.-D. Pomeroy. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Anévrisme apparaissant d'abord dans le fond de l'oreille, puis dans le cou, par C.-A. Todd. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Observations de perforations de la membrane du tympan traitées par la méthode de Blake, par R. Barclay. (*Amer. otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Pyoktanine dans les affections de l'oreille, par R. Barclay. (*N. Y. med. Rec.*, 23 août 1890.)

Travaux du service otologique de la clinique Vanderbilt, par Huntington Richards. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Otite furonculeuse, par J.-H. Claiborne. (*Med. Soc. of Virginia*, in *N. Y. med. Journ.*, 4 octobre 1890.)

Otite moyenne catarrhale ou catarrhe auriculaire, par L. Turnbull. (*Med. Soc. of Virginia*, in *N. Y. med. Journ.*, 4 octobre 1890.)

Replis de la muqueuse dans la cavité tympanique normale. Leur importance clinique, par C.-J. Blake. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Observations sur la topographie du tympan humain normal, par W.-S. Bryant. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Cholestéatome, perforation de la membrane de Shrapnell et occlusion des trompes. Etude étiologique, par F. Bezold. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Un cas de leucémie avec modifications importantes de la membrane muqueuse du nez, par H. Suchannek. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Examen anatomique de l'oreille gauche d'un homme ayant succombé à une méningite, par H. Steinbrügge. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Les affections de l'oreille dans le tabès dorsal, par L. Treitel. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Contribution à l'étude du rôle des micro-organismes dans l'otite moyenne diphtéritique, par F. Siebenmann. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Mots attestant le pouvoir auditif et leur valeur diagnostique différentielle, par O. Wolf. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Compte rendu officiel de la 9e réunion des auristes du sud de l'Allemagne et de la Suisse, tenue à Fribourg (Bade), à Pâques 1889, par E. Bloch. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Rapport sur les progrès de l'otologie durant la seconde moitié de l'année 1889. Anatomie, pathologie et physiologie de l'oreille et du naso-pharynx, par A. Barth. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Mastoïdite chez le nègre, par W.-F. Mercer. (*Richmond Acad. of Med. and Surg.*, 26 août, in *N. Y. med. Journ.*, 11 octobre 1890.)

Comptes rendus de la Société d'Otologie américaine, 23e réunion annuelle, 15 juillet 1890. (*Mercury publishing Company*, *New Bedford*, 1890.)

Un cas d'otite interne, par H.-D. Schenck. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryng.*, octobre 1890.)

Deux cas de fracture de la portion pétreuse de l'os temporal, avec guérison, par F.-G. Ritchie (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryngol.*, octobre 1890.)

Les sels de potasse dans le traitement des otites, par M.-E. Grady. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryngol.*, octobre 1890.)

Le traitement des inflammations mastoïdiennes, avec une analyse de 80 opérations, par J. Orne Green. (*The amer. Journ. of med. Sciences*, décembre 1890.)

Extraction de la membrane du tympan et des osselets dans le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par S. Sexton. (*Pract. Soc. of New York*, 10 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 22 novembre 1890.)

Aristol dans l'otorrhée, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and chir. Journ.*, décembre 1890.)

Corps étrangers de l'oreille, par J.-B. Shapleigh. (*Weekly med. Review*, 13 décembre 1890.)

La méthode corrosive pour l'étude de l'anatomie de l'oreille, par B.-A. Randall. (*The amer. Journ. of med. Sciences*, janvier 1891.)

Un cas de carie étendue et de cholestéatome de l'apophyse mastoïde sans signes locaux d'inflammation. Mort par thrombose du sinus latéral et méningite, par H. Friedenwald. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un cas de larves vivantes dans l'oreille, par W.-E. Baxter. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Opérations pour guérir les difformités de l'oreille, par E.-B. Dench. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un coup sur l'oreille suivi de mort en moins d'une semaine, par T. Heiman. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un cas rare de réflexes auditifs, par H. Steinbrügge. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Deux nouveaux instruments, par Ad. Barth. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Tumeurs osseuses du conduit et leur extraction, par U. Pritchard. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Recherches histologiques et bactériologiques sur les affections de l'oreille moyenne dans les divers types de diphtérie, par Moos. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Sur l'emploi local du menthol et de l'huile d'eucalyptus dans les affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la seconde moitié de l'année 1889, par A. Hartmann. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Induction des cellules mastoïdiennes des deux oreilles dans un cas d'otite moyenne purulente chronique. Guérison rapide et complète à la suite de l'opération, par Huntington Richards. (*N. Y. med. Journ.*, 17 janvier 1891.)

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal, secondaire à une otite moyenne, par C.-N. Dowd. (*N. Y. path. Soc.*, 26 novembre 1890 ; in *N. Y. med. Rec.*, 7 février 1891.)

Marque héréditaire spéciale de l'oreille; fistule auriculaire congénitale, par F. Park Lewis. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Corps étrangers de l'oreille, par C.-G. Fellows. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Abcès de l'oreille moyenne, par R. Barclay. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Surdité provenant d'une hypertrophie tonsillaire, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Un cas de surdité avec absence de la membrane du tympan, retour de l'ouïe après le traitement, par W.-H. Bates. (*N. Y. med. Journ.*, 28 février 1891.)

Le traitement de l'inflammation de la trompe d'Eustache, par R.-W. Seiss. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, avril 1891.)

Otite moyenne purulente chronique causant une névralgie faciale persistante, par E.-B. Dench. (*Amer. journ. of med. Sciences*, avril 1891.)

Otite moyenne aiguë, par Barclay. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Mauvais résultats de l'emploi de la seringue auriculaire, par Bresner. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Nouvelle méthode opératoire pour guérir les oreilles saillantes, par W. Keen. (*Annals of Surgery*, t. XI, p. 49, 1890.)

Abcès cérébral sous-dure-mérien et kyste sous-dure-mérien guéris par la trépanation, par J.-B. Mendoch. (*Annals of Surgery*, t. XI, p. 81, 1890.)

Otite chronique purulente, par Sexton. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Thrombose des sinus latéraux, par R.-F. Weir. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Amélioration de l'ouïe à la suite de l'excision des osselets, par J.-D. Bryant. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Traitement de l'otite moyenne chronique purulente par l'excision des osselets cariés, et éloignement des obstructions de l'attique tympanique; trois observations, par C.-J. Colles. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mai 1891.)

Un cas d'occlusion traumatique du méat auditif externe, par M.-L. Foster. (*N. Y. county med. Assoc.*, 20 avril, in *N. Y. med. Rec.*, 2 mai 1891.)

Un crochet pour extraire les corps étrangers de l'oreille, par E. Meierhof. (*N. Y. med. Rec.*, 2 mai 1891.)

Opération pour guérir la surdité, les bourdonnements dans la tête et dans les oreilles, et le vertige, dus au catarrhe chronique du tympan, par S. Sexton. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Recherches bactériologiques sur le contenu de la cavité tympanique sur des cadavres de nouveau-nés et de jeunes enfants, par G. Gradenigo et R. Penzo. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec symptômes cérébraux inusités, par A. Barth. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Mensurations de la hauteur de la coupole du tympan, par C. Klingel, de Berlin. (*Arch of Otol.*, avril 1891.)

Un cas de corps étranger du tympan, par B. Mandelstamm. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Quelques points concernant l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par T. Heiman. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille, par E. Klingel, de Heidelberg. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la première moitié de l'année 1890. — I. Anatomie normale et pathologique, histologie et physiologie de l'oreille et du naso-pharynx, par A. Barth. — II. Pathologie et thérapeutique, par A. Hartmann. (*Arch. of Otol.*, avril et juillet 1891.)

Inflammation primitive aiguë de la région mastoïdienne externe, par Sayer Hersbrouck. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Glycérine boriquée dans l'otite moyenne suppurée, par E.-H. Linnel. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Atrésie du conduit auditif externe, par W.-A. Philips. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Suppuration chronique de l'oreille moyenne, par E.-L. Boice. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Opération pour un abcès intra-crânien consécutif à une otite moyenne suppurée, par L.-A. Stimson. (*N. Y. surg. Soc.*, 25 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 30 mai 1891.)

Hallucinations auriculaires guéries par l'extraction de corps étrangers de l'oreille, par W.-P. Spratling. (*N. Y. med. Rec.*, 13 juin 1891.)

Quelques points de la pathogénie du vertige auriculaire, par O.-D. Pomeroy. (*N. Y. med. Journ.*, 20 juin 1891.)

Occlusion traumatique du méat auditif externe, par M.-L. Foster. (*N. Y. med. Journ.*, 18 juillet 1891.)

Cérumen ayant envahi l'apophyse mastoïde et produit une paralysie faciale, par J.-W. Dalbey. (*N. Y. med. Journ.*, 18 juillet 1891.)

Observations d'affections labyrinthiques traitées par le chlorhydrate de pilocarpine, par S. Mac Cuen Smith. (*Phil. county med. Soc.*, 24 juin, in *weekly med. Review*, 18 juillet 1891.)

Deux cas d'adénome des glandes sébacées de l'oreille externe, par C. Klingel. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Vésicules du méat auditif externe, par H.-L. Swain. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Emploi de l'électricité dans les affections chroniques de l'oreille moyenne; rapport sur les 10 premiers cas traités par cette méthode, par W.-E. Baxter. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

I. De l'emploi du benzoïnol pour humecter le coton de la membrane tympanique artificielle. — II. Quelques remarques sur l'emploi de la styrone dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, spécialement dans les perforations de la membrane de Shrapnell. — III. Corps étranger ayant séjourné 24 ans dans le méat auditif externe sans nuire à l'audition. Extraction avec un crochet et une seringue, par J.-A. Spalding. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

I. Contribution à la morphologie du pavillon de l'oreille chez l'homme. — II. Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans les inflammations chroniques non suppurées de l'oreille moyenne, par Gradenigo. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Des perforations de la membrane flasque de Shrapnell, avec remarques sur la formation du cholestéatome, par E. Schmiegelow. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Extraction d'une balle de revolver du temporal au moyen du ciseau. Guérison, avec préservation de l'ouïe, par O. Wolf. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Catarrhe chronique de la caisse, par W.-E. Rounds. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Thermométrie en relation diagnostique avec une affection auriculaire, par G. Sterling Ryerson. (*N. Y. med. Rec.*, 22 août 1891.)

Inflammation mastoïdienne, par H. Knapp (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Ouverture libre de la mastoïde et enlèvement de tout le tissu malade, par C.-J. Blake (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Suppuration aiguë de l'oreille moyenne, par J.-M. Ray (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Epilepsie otitique, trépanation et méningite à terminaison mortelle, par B.-A. Randall (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Notes sur l'emploi du rouleau (frigorifique) de Leiter (Leiter Coil) au début de la mastoïdite, par Gorham Bacon (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 10 octobre 1891).

Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé dans l'otite moyenne purulente chronique, par Ch.-H. Burnett (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

I. Dislocation inusitée du manche du marteau. — II. Guérison des anciennes perforations de la membrane du tympan, par S. Theobald (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Anatomie de l'oreille de l'éléphant, par Huntington Richards (24° congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Nouveaux ciseaux pour l'oreille, par A.-A. Hubbell. (*N. Y. med. Journ.*, 22 août 1891.)

Inflammation chronique non suppurée de l'oreille moyenne. Observations de malades traités à la « *New York eye and ear Infirmary* », par E.-B. Dench. (*N. Y. med. Journ.*, 26 septembre 1891.)

Lésion localisée au centre auditif, par C.-K. Mills. (*Amer. neurol. Ass.*, 17ᵉ congrès, Washington, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Application des antiseptiques dans la chirurgie oculaire et auriculaire, par M.-L. Foster. (*Med. Soc. of the county of New York*, 27 septembre: in *N. Y. med. Rec.*, 10 octobre 1891.)

ERRATA

Par suite d'une omission de composition, le nom de l'auteur du *Manuel des maladies de l'oreille*, analysé par notre collaborateur le Dʳ Lannois, à la page 718 des *Annales*, a été oublié. C'est le Dʳ *F. Rohrer*, de Zurich. L'ouvrage est édité chez Frantz et Deuticke à Vienne.

Dans la liste des *ouvrages envoyés aux Annales*, au lieu de *Traité clinique et thérapeutique de l'hygiène*, etc., par Gilles de la Tourette, lire : *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.*

A la page 700 (mémoire du Dʳ Lœwenberg), lire à l'alinéa 4, au lieu de « rien n'indique qu'ils n'*aient été*, etc., rien n'indique qu'ils *aient été*.

A la page 706 du même mémoire (lignes 13 et 14), au lieu de « le premier cas s'est un instant compliqué de mastoïdite pendant le traitement même, il faut lire : « *les deux cas se sont compliqués de mastoïdite.* »

NOUVELLES

Nous avons le vif regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de notre illustre collègue, *E. Bouchut*, de Paris, qui vient de succomber à l'âge de 73 ans, après une longue et douloureuse maladie. Tous ceux qui ont assisté au Congrès international de Berlin ne peuvent avoir oublié l'ovation si chaleureuse qui fut faite à l'inventeur du tubage de la glotte dans une des séances de ce Congrès.

Nous recevons de Bonn la nouvelle de la mort du professeur *Weber-Liel*, un des rédacteurs en chef d'un des organes les plus anciens et les plus estimés de notre spécialité : le *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, etc. Le professeur Weber-Liel était âgé de 60 ans.

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* que le Dr *E. Kaufmann*, *Privat-Docent*, a été nommé *professeur extraordinaire* a l'*Université tchèque de Prague.*

Ordre du jour de la séance du 4 décembre de la *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris.*

Sarcome amygdalien. Diagnostic histologique difficile, par Luc.

Deux observations de kystes du nez. Examen histologique et bactériologique, par Chatellier.

Vertiges de Ménière. Battements pulsatiles à l'endotoscope dénonçant l'otite, par Gellé.

I. Contribution à l'étude des angines phlegmoneuses. — II. Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Thornwaldt), par Ruault.

Election d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et d'un trésorier.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Les électro-thermo-cautères, par CHEVAL. (Extrait du *Journal de méd, chir., et pharm. de Bruxelles*, octobre 1891.)

Some points on the local therapeutics of disease of the Nose and Throat (Quelques points de la thérapeutique locale des affections du nez et de la gorge, par W. C. PHILLIPS. (Extrait du *N. Y. Med. Record*, 11 avril 1891.)

Contribution à l'étude des otomycoses, par F. SOULS. (*Thèse de Bordeaux*, imprimerie Cadoret, 1891.)

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par M. NATIER. (Extrait des *Annales de la policlinique de Paris*, nos 7, 8 et 9, 1891.)

Statistique du service de rhinologie, d'otologie et de laryngolngie de la policlinique de Paris, par M. NATIER. (Broch. de 16 pages, Doin, éditeur, *Paris*, 1891.)

Ueber die Classification und Ætiologie der Mittelohrentzündungen im Allgemeinen (Classification et étiologie des otites moyennes en général, par J. GRADENIGO. (Tirage à part de l'*Allgem. Wiener med. Zeit.*, XXXVI, 1891.)

Un caso di afonia isterica migliorato coll' ipnotismo e guarito col massagio (Un cas d'aphonie hystérique amélioré par l'hypnotisme et guéri par le massage, par A. DAMIENO. (Extrait du *Giorn. intern. delle Scienze med.*, 1891.)

Ueber Ozæna, par DEMME. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 46, 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (Veuve Babé, éditeur. *Paris*, novembre 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 64.12.91.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1891

(17e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

J

K

L

Q

R

S

T

U

V

W

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

Pages.

Pages.

Pages.

Larynx et Trachée.

Pages.

Pages.

Nez.

Pages.

Pages.

Pages.

Pages.

Pharynx et varia.

Pages.

Pages.

Variété.

Indications bibliographiques.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.), 53.1.92.



